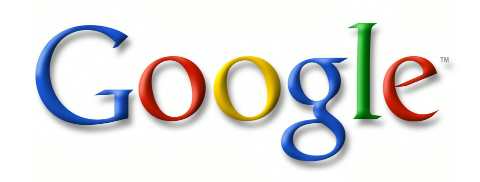
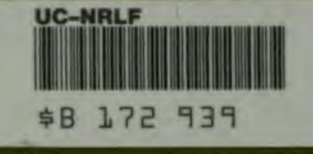




Dr PAUL RODET

Morphinomanie
et
Morphinisme






SEAL·OF·THE·UNIVERSITY·OF·CALIFORNIA
LET THERE BE LIGHT
·1868·

MORPHINOMANIE

ET

MORPHINISME

PRINCIPAUX OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Traité de la Goutte, par Sir Dyce Duckworth, professeur de clinique à l'École de médecine de Saint-Bartholomew's Hospital, membre du Collège royal des médecins de Londres. Préface du Dr Lécorché. Traduction française, 1 fort vol. in-8°, avec 31 fig. dans le texte, 1894. (Félix Alcan, éditeur.) 10 fr.

De la Cholécystotomie et de la Cholécystectomie (travail récompensé par l'Académie de médecine. Prix Amussat, 1887).

Traité des maladies du foie (G. Harley, traduction française augmentée de notes et du travail précédent); in-8°, 300 pages.

Manuel de Thérapeutique et de Pharmacologie; in-18, 730 pages. Paris, 1884.

La Thérapeutique, 1885-1886-1887-1888-1889. Paris, 5 volumes de 600 pages chacun.

Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, par Sir T. Spencer Wells. Traduction française, in-8°, 500 pages, 1883.

La Pratique des accouchements chez les peuples primitifs; in-8°, 400 pages, avec 83 figures. (En collaboration avec Engelmann, 1886.)

Des progrès accomplis dans la chirurgie des voies biliaires (mémoire couronné par la Société de médecine du Nord).

De la Neurasthénie sexuelle, par Beard; traduction française, in-8°, 300 pages, avec une préface de M. le Professeur Raymond. Paris, 1894.

Traitement du lymphatisme (en collaboration avec Constantin Paul); in-18, 258 pages. Paris, 1891.

Traitement du diabète (mémoire couronné par l'Académie de médecine. Prix Capuron, 1894); in-8°. Paris, 1896.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD. — 1012-96.

MORPHINOMANIE

ET

MORPHINISME

Mœurs — Symptômes — Traitement
Médecine légale

PAR

Le Dr Paul RODET
Médecin-Directeur de l'Établissement Hydrothérapique d'Auteuil
Lauréat de l'Académie de Médecine
(Prix Capuron, 1894 — Prix Falret, 1896)

(Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine)

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1897

PRÉFACE

Les nombreux travaux qui ont été publiés depuis vingt ans sur les questions les plus diverses touchant à la morphinomanie étaient disséminés dans les journaux de tous les pays. Il manquait donc un ouvrage d'ënsemble établissant l'état actuel de la science en ce qui concernait cette intoxication. C'est pour provoquer l'émulation des auteurs que l'Académie mit au concours le sujet de la morphinomanie, et c'est à la suite de ce concours que cet ouvrage ayant eu l'heureuse fortune de remplir le but de la savante Compagnie, celle-ci lui a décerné le prix Falret.

Dans un premier chapitre, nous avons présenté l'historique très complet du morphinisme en faisant assister le lecteur aux différentes étapes que cette affection avait traversées avant d'être reconnue comme une véritable entité et en attribuant à chacun la part qui lui revenait dans la description de la maladie.

Les mœurs des morphinomanes, la morphinomanie à deux, sa propagation rapide forment un des côtés

les plus intéressants de la question, dont l'étude se termine par une statistique de mille cas, où nous avons diminué le plus possible les causes d'erreur, en prenant les observations publiées dans tous les pays et se rapportant à tous les milieux sociaux. Nous sommes ainsi amené à faire ressortir l'énorme contingent que les médecins fournissent à l'armée des morphinomanes.

La symptomatologie du morphinisme et celle de l'abstinence sont les deux chapitres capitaux de l'ouvrage, car il est indispensable de les avoir étudiés en détail pour bien connaître les diverses phases du morphinisme.

Ce chapitre trouve son complément dans celui qui est relatif à la coexistence de plusieurs intoxications, car très souvent le morphinomane est doublé d'un alcoolique ou d'un cocaïnomane.

Dans l'étude médico-légale du morphinisme, nous avons essayé de donner aux différents problèmes qu'on peut être appelé à résoudre la solution qu'ils comportent. Nous avons cherché en particulier à établir quel était le degré de responsabilité qu'on devait attribuer aux prévenus selon qu'ils étaient en pleine jouissance de leur poison ou au contraire dans un état d'abstinence ou de demi-abstinence, car leur état mental varie complètement selon qu'ils se trouvent dans l'un ou l'autre de ces états.

Le traitement constitue le chapitre le plus important de l'ouvrage. Après y avoir exposé toutes les diverses méthodes, nous arrivons à en adopter une,

qui est du reste acceptée par presque tous les médecins qui s'occupent de la cure des morphinomanes. A celle-ci nous ajoutons certains moyens qui suppriment la souffrance pendant la période de sevrage.

Enfin l'ouvrage se termine par un Index bibliographique dont nous avons vérifié nous-même toutes les indications qui y sont données et que nous pensons avoir fait aussi complet que possible.

Il nous reste à remplir une tâche fort agréable, c'est de rendre un juste hommage à ceux dont les travaux nous ont aidé à mener à bien l'œuvre que nous publions aujourd'hui. Citons, en particulier, Ed. Levinstein, Erlenmeyer, Obersteiner, Burkart, Mattison, Mann, Kane, Crothers, Zambaco, O. Jennings, Brouardel, Ball, Lancereaux, Grasset, Luys, Paul Garnier, Motet, A. Voisin, J. Voisin, Notta, Marandon de Montyel, Luys, Pichon, Laborde, Régnier.

PAUL RODET.

MORPHINOMANIE

ET

MORPHINISME

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Sommaire. — *Première période*, de 1864 à 1871 : observations de tolérance spéciale pour la morphine Samter. — Beer. — Eder. — Hunter.

Deuxième période. — La morphinomanie est reconnue et décrite, 1871-1896 : Læhr-Fiedler. — Ed. Levinstein. — Burkart. — Expériences physiologiques de Laborde et Calvet. — Travaux de O. Jennings. — Rapports médico-légaux de Brouardel. — Lunier. — Motet. — Paul Garnier. — Marandon de Montyel. — Mémoires de Zambaco, de L.-R. Régnier. — Ouvrages de Pichon, d'Erlenmeyer, Ball, Mattison, Mann, Kane, etc.

La méthode hypodermique, introduite par Wood dans la pratique médicale, n'a pas tardé, à prendre une rapide extension. Aussi, sous l'impulsion de Béhier, en 1859, les injections de morphine jouèrent bientôt, dans la thérapeutique, un rôle qui n'a fait qu'augmenter depuis cette époque.

Leur action calmante, véritablement merveilleuse par sa rapidité et son énergie, en a pendant longtemps masqué les inconvénients.

De temps à autre, on voyait paraître dans la littérature médicale quelques observations isolées d'empoisonnement chronique, qu'on qualifiait souvent de tolérance particulière pour la morphine.

Ainsi, en 1864, SAMTER rapportait, à titre de curiosité, l'observation d'un « morphiophage » qui ingérait, chaque jour, 20 centigrammes de morphine par l'estomac.

BEER publiait le cas d'une femme atteinte de métrite chronique qui, depuis trois ans, s'injectait 72 centigrammes de morphine par jour.

ALBIN EDER citait un cas où la dose était de 1gr,70 par jour.

En 1865, HUNTER publiait comme un fait curieux de tolérance qu'un malade s'injectait 1gr,80 de morphine par jour.

Il faut arriver jusqu'en 1871 pour trouver un travail d'ensemble sur la morphinomanie. Dans la séance du 15 juin 1871 de la Société de psychiatrie de Berlin, LÆHR fit une communication sur l'*Abus des injections de morphine*, dans laquelle il insista sur les manifestations psychiques et en laissa entrevoir l'importance.

En Amérique, les observations de morphinisme commençaient à apparaître timidement. On en trouvait quelques-unes dans les journaux sous le titre de *Opium-habit*. — *Opium-appetite*. — *Opium-intoxication*. C'est ainsi que CALKINS, MARTIN, MATTISON rapportaient quelques cas intéressants. Dans ce pays le terme de morphinisme a beaucoup de peine à s'implanter. Aujourd'hui même, on trouve encore souvent les morphinomanes désignés sous le terme de *Opium-habitués*.

En 1874, FIEDLER publiait cinq observations, dont quatre de BIRSCH-HIRSCHFELD. Dans ce travail, il donne une très bonne description de l'euphorie et des troubles nerveux de l'intoxication, y compris les illusions et les hallucinations. Il prononce même le mot de *Morphium-Psychose*, qui indique bien le caractère

qu'il leur attribuait. Mais, s'il est juste de reconnaître qu'il a bien décrit l'euphorie, il serait inexact de prétendre, avec PICHON, que ce terme lui appartient, car il ne se trouve en aucune façon dans son travail.

L'année 1875 marque dans l'histoire de la morphinomanie une date mémorable. A la réunion de la Société des Curieux de la Nature, tenue à Gratz le 19 septembre et, un mois plus tard, à la Société de médecine de Berlin, ÉDOUARD LEVINSTEIN vint faire une communication à laquelle il donnait pour la première fois le titre *Ueber Morphiumsucht* qui répond littéralement à notre mot morphinomanie, la désinence *sucht* correspondant exactement à celle de *manie* en français. Il créait en même temps le mot *euphorie* et signalait la présence de l'albumine et du sucre dans l'urine des morphinomanes. Il instituait également le traitement par la suppression brusque, qui a été appelée depuis *méthode de Levinstein*.

A partir de ce moment, la morphinomanie est reconnue officiellement puisqu'elle porte un nom qui la consacre comme une entité morbide. Aussi, l'année suivante, FIEDLER faisant une communication sur l'intoxication morphinique, ajoute-t-il en sous-titre le mot *Morphiumsucht*.

On a contesté à LEVINSTEIN la priorité de ce mot. En France, PICHON l'attribue à LÆHR dans le travail duquel il est impossible de le découvrir. CHAMBARD a également reproduit cette erreur.

Il en est de même pour le terme *euphorie* que PICHON attribue à FIEDLER, ce qui est inexact, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

Le travail de FIEDLER donna lieu à une discussion fort intéressante, dans laquelle SEIFERT cita une observation de Trousseau qui, dans un cas de douleurs ophtalmiques, injecta jusqu'à 3gr,75 de morphine par jour.

MENG rapporta une observation de cancer utérin

où, depuis deux mois, il injectait 9gr, 60 de morphine par jour.

Enfin, GENSER abordait la question de l'influence du morphinisme sur la grossesse et citait une morphinomane qui avait mis au monde deux enfants vivants, le premier douze jours avant terme et le second à terme. Ils étaient bien portants en naissant et moururent de diarrhée dans la quinzaine.

WINKEL montrait alors la nécessité de donner de l'opium aux enfants issus de mères morphinomanes.

On voit donc que, dans cette discussion, un grand nombre de questions relatives au morphinisme avaient été abordées, qui servirent plus tard de jalons pour en compléter l'étude.

Dans le courant de cette année 1876, ED. LEVINSTEIN communiquait ses observations sur le delirium tremens et la fièvre intermittente du morphinisme ainsi que les recherches expérimentales qu'il avait entreprises sur les animaux.

BUSEY publiait, en Amérique, une observation où il signalait le développement des convulsions épileptiques comme une conséquence de la suppression brusque.

LEIDESDORFF, RICHTER, KAPF, GOULD apportaient leur contribution à l'étude du morphinisme.

Pour la première fois, en France, paraissait une monographie sur *le morphinisme*, c'était la thèse de CALVET, dans laquelle il faisait connaître les résultats d'expériences fort intéressantes sur lesquelles nous aurons à nous appuyer dans le cours de ce travail. Celles-ci étaient ensuite complétées et publiées dans la Tribune Médicale, en 1877, en collaboration avec M. LABORDE.

Rappelons que nous voyons apparaître pour la première fois le terme de *morphinisme* appliqué à l'intoxication chronique par la morphine et employé bien des fois depuis, ce qui n'a pas empêché Pichon de l'at-

tribuer à M. Lancereaux qui ne s'en est servi qu'en 1884.

L'année 1877 nous fournit également d'autres travaux importants.

En France, une Revue de BROCHIN, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une thèse de DALBANNE où se trouve signalée pour la première fois l'amblyopie morphinique, une étude de LABORDE où il montre l'action que le morphinisme exerce sur la rétine.

L'Allemagne continue la série de ses travaux sur la question.

BURKART publie une brochure de 30 pages à Bonn.

CAMMERER, ERLENMEYER, ESENBECK, GERBER, KISCH, HIRSCHBERG, KORMANN publient des observations dans tous les journaux.

ED. LEVINSTEIN fait paraître sa première monographie à Berlin.

La Suède est également envahie par le morphinisme et l'un de ses principaux journaux, l'Hygiæa, nous apporte les observations de KJELBERG, LAMM, MALMSTEN.

Aux États-Unis, MATTISON, PARRISH, GRISWOLD publient quelques travaux.

L'année 1878 vit naître plusieurs travaux importants.

BERNHUBER pratiquait la transfusion et la proposait comme méthode de traitement. Il est jusqu'à présent le seul qui l'ait adoptée.

BURKART, dans une seconde brochure publiée à Bonn, attaquait le mode de traitement de Levinstein et préconisait la suppression lente.

LITTLE rapportait la première observation de morphinisme acquis, chez un nouveau-né.

Dans une communication faite à la Société des médecins de la Basse-Saxe, LOOSE venait raconter l'histoire si curieuse d'un village où la contagion de la morphinomanie avait gagné presque tous les habitants.

PICARD communiquait, à l'Académie des sciences, ses expériences sur l'action de la morphine chez les chiens.

Un suédois, SONDÉN, rapportait quatorze observations de morphinisme, montrant ainsi l'extension que cette affection prenait dans son pays.

BRAITHWAITE, GOULD, FLETCHER-INGALLS, MATTISON publiaient, dans les journaux de leurs pays respectifs, des observations présentant des intérêts divers.

En 1879, nous citerons les travaux d'ERLENMEYER où il appelle l'attention sur les récidives de la morphinomanie; de O. JENNINGS qui conseille la suppression brusque, opinion sur laquelle il reviendra bientôt; de BURKART qui continue à rompre des lances en faveur de la suppression lente; de E. LEVINSTEIN qui donne la première statistique comprenant 82 cas et dans laquelle on voit déjà le nombre des médecins former une majorité imposante; de L.-H. PETIT, qui appelle l'attention sur les dangers que le morphinisme fait courir dans les traumatismes, en particulier sur les complications érysipélateuses mortelles qui surviennent dans ces cas.

L'action du morphinisme sur la pression artérielle est l'objet d'une polémique entre WITKOWSKI, qui soutient que la pression s'élève, et BINZ, qui prétend qu'elle s'abaisse.

GOSSMANN signale les phénomènes vaso-moteurs consécutifs à l'injection dans une veine.

ZEPPENFELDT soutient la première thèse allemande sur le sujet.

CLARKE, KRAGE, FILEHNE, SCHWENINGER, GÜNZ, SENATOR publient des travaux de divers ordre.

En 1880, nous voyons paraître les premières recherches sur les modifications chimiques que subit la morphine dans l'organisme. Le premier travail est de BROOCKMANN, qui dans une thèse, soutenue à Göttingue, signale la transformation en oxyde de morphine. L'autre est de LANDSBERG, qui entreprit des recherches sur les animaux.

OBERSTEINER, de Vienne, publie ses premières observations.

ED. LEVINSTEIN donne sa seconde édition.

MULLER, VAN BOEK, WACH, WIENER, KOBERT, FIEDLER, RICKLIN, BINZ, PALMER publient également des observations ou des articles sur le morphinisme.

BURKART fait paraître, à Bonn, une monographie de 184 pages dont 89 sont consacrées à des observations.

Cette même année, paraissait en Amérique un travail qui a contribué à produire les résultats les plus désastreux dans la thérapeutique du morphinisme : c'est celui de BENTLEY, qui préconisait l'emploi des préparations de coca.

En 1881, M. BROUARDEL et LUNIER publient les premiers rapports médico-légaux dans lesquels la morphinomanie intervient comme cause d'irresponsabilité.

GRILLI donne le premier travail italien sur la question.

STECOULIS rapporte les premières observations venant d'Orient.

ERLENMEYER publie sa première monographie à Leipsick, 181 pages avec une statistique.

Enfin d'autres travaux par MANN, BURY, LEWIN, BEARD, KANE, LOVELAND sont disséminés dans les différents périodiques.

En 1882, KANE donne une bonne étude médico-légale sur le cas de l'empoisonneur Lamson.

LANDOWSKI communique, à l'Association pour l'avancement des sciences, un travail avec une statistique de 161 cas, qu'on lui a attribués à tort, car lui-même indique qu'il n'y en a que 11 qui lui soient personnels, tandis que les autres sont empruntés à Levinstein et à Burkart.

A propos de cette communication, VERNEUIL signale la fréquence des phlegmons et des érysipèles chez les morphinomanes.

LEPPMANN propose le bromure de camphre dans le traitement.

LINDENBERGER préconise la codéine comme substitutif.

JACQUET soutient une thèse à la Faculté de Paris.

ZAMBACO publie son premier mémoire sur la *morphéomanie*, dont il donne une description fort exacte, accompagnée d'observations extrêmement étudiées.

A partir de ce moment, le morphinisme est bien connu. Sa symptomatologie, ses divers modes de traitement ont été décrits et discutés par de nombreux auteurs.

Nous nous bornerons donc à signaler les principaux travaux.

La médecine légale s'enrichit des très remarquables Rapports de MM. MOTET, MARANDON DE MONTYEL, PAUL GARNIER.

NOTTA appelle l'attention sur les recherches de la morphine dans l'urine.

COMBES signale les altérations dentaires.

ERLEMMEYER publie, en 1886, la méthode de traitement par la suppression rapide et montre le danger de l'emploi de la cocaïne dans le traitement de la morphinomanie.

RICHARDIÈRE fait connaître l'influence de l'intoxication sur la marche des maladies aiguës.

PICHON publie, dans l'Encéphale, puis en volume, des études basées sur des observations nombreuses et intéressantes.

O. JENNINGS est un de ceux qui ont le mieux compris le traitement du morphinisme. Ses études sphygmographiques le conduisent à proposer l'emploi des toniques cardiaques, qui sont aujourd'hui entrés dans la pratique courante. Il propose en outre une foule d'autres petits moyens qui sont des adjuvants précieux pendant la démorphinisation. On voit qu'il les a expérimentés lui-même.

L'étude histologique des lésions du morphinisme trouve en M. PILLIET un savant observateur.

La chimie du morphinisme fait un grand pas sous l'impulsion de MARMÉ, qui démontre que la morphine se transforme dans l'organisme en oxyde de morphine et qui soutient que les symptômes d'abstinence ne sont que le résultat de l'empoisonnement aigu par cet oxyde.

Parmi les thèses nous ne citerons que celles de JOUET, faite sous l'inspiration de CHARCOT, qui y a décrit le tremblement amorphinique, et celle de RÉGNIER, qui renferme un excellent exposé de la question. Quant aux autres, assez nombreuses, qui ont été soutenues sur le morphinisme, elles ne valent même pas une citation.

Le côté théorique du sujet qui nous occupe a reçu un appoint puissant dans la personne de M. MAGNAN, qui a introduit dans sa classification des syndromes épisodiques, la morphinomanie, qu'il considère, au même titre que la dipsomanie, comme survenant par accès chez certains individus.

Signalons enfin les leçons de LANCEREAUX, de GRASSET, de BALL et la très curieuse observation de BUREAU qui demontra le premier, par l'analyse chimique, la présence de la morphine dans le sang placentaire.

Nous arrêterons là cette énumération déjà trop longue. Chaque année apporte son contingent de travaux, mais nous attendrons peut-être encore longtemps celui où l'on indiquera le moyen de guérir les morphinomanes sans leur faire subir les tortures de l'abstinence. Nous croyons cependant avoir apporté notre contribution personnelle aux efforts qui sont tentés dans ce sens et, dans le traitement que nous exposerons à la fin de cet ouvrage, nous proposerons des moyens qui réduisent les souffrances tout à fait à leur minimum.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

Sommaire. — MORPHINISME et MORPHINOMANIE — PRÉDISPOSITION A LA MORPHINOMANIE — Morphinomanie thérapeutique et Morphinomanie passionnelle — DIFFUSION DE LA MORPHINOMANIE. — DE LA CONTAGION COMME CAUSE DE LA MORPHINOMANIE : morphinomanie à deux; morphinomanie conjugale; villages de Morphinomanes en Allemagne — PROPAGATION DU MORPHINISME PAR LES MÉDECINS, PHARMACIENS ET DROGUISTES — MOEURS DES MORPHINOMANES. Ruses et stratagèmes. — MODE D'INTRODUCTION DE LA MORPHINE DANS L'ORGANISME : Injections sous-cutanées; lavements et suppositoires; morphinophagie; introduction par le nez — STATISTIQUES. — Profession. Ages; morphinomanie des vieillards — Doses maxima — Durée du morphinisme — Nature des affections qui ont nécessité l'emploi des injections de morphine.

MORPHINISME ET MORPHINOMANIE

Ces deux termes sont souvent employés l'un pour l'autre. Nous-même, dans ce travail, nous nous en servirons indifféremment pour la facilité du langage. Cependant il est nécessaire d'établir dès maintenant leur signification propre.

Les aliénistes sont d'accord pour appeler *morphinisme* l'intoxication dans laquelle la morphine ne traduit son action que par des troubles physiques. Le terme *morphinomanie* s'applique aux cas qui présentent des symptômes psycho-sensoriels. Toutefois M. Magnan

n'admet pas cette terminologie. Pour lui, le terme *morphinisme* s'applique à tous les symptômes d'intoxication par la morphine. Il considère la *morphinomanie* comme un syndrome épisodique, tout à fait analogue à la dipsomanie, et il ne l'applique qu'aux individus qui se morphinisent par accès en vertu d'une impulsion irrésistible. Les faits actuellement publiés n'ont pas encore justifié cette manière de voir. Mais il est possible, maintenant que l'attention est attirée sur ce point, que l'on découvre ces dipsomanes morphiniques que M. Magnan a pressentis et qui viendraient ainsi ajouter une pierre de plus à l'édifice des dégénérés qu'il a si heureusement contribué à édifier.

Pichon a essayé de créer une classe intermédiaire. Il groupe sous le nom de *morphinisés* des gens qui se font des piqûres de morphine d'une façon tout à fait accidentelle, par exemple sous l'influence d'un ennui, ou quand il s'agit de faire un effort intellectuel momentané. Il rapporte quelques observations qui prouvent que ce genre d'individus existe. Mais je ne vois pas la nécessité de leur donner une étiquette quelconque. Ce ne sont pas des intoxiqués. On voit souvent des gens qui, devant faire un exercice physique plus grand que d'habitude, boivent de l'alcool en croyant se donner des forces, ou qui, pour fêter un succès, font des libations copieuses. Cependant en dehors de ces circonstances particulières, ces gens-là sont sobres. Les appellera-t-on des *alcoolisés*?

Il n'y aurait aucune raison pour cela. On peut dire que ce sont des individus qui jouent avec le feu, et que tout en n'absorbant du poison que d'une façon accidentelle, ils s'exposent à y prendre goût et à en ingérer dans la suite d'une façon continue. Mais s'ils savent éviter le danger, ils ne seront jamais des intoxiqués et, par conséquent, ils ne méritent aucune dénomination.

Nous comprendrions bien plutôt qu'on appelât *mor-*

phinisés ceux que le médecin rend volontairement morphiniques, tels que les cancéreux atteints de douleurs violentes et d'hémorragies abondantes qu'on arrive ainsi à modérer. Nous admettrions encore cette dénomination pour ces pauvres aliénés dont on soigne la perturbation cérébrale par les injections de morphine. Ces gens-là sont les vrais *morphinisés*.

Prédisposition à la Morphinomanie.

Parmi les gens qui font un usage habituel et continu de la morphine, tous ne deviennent pas morphinomanes. Il y en a qui restent des années à la même dose et qui suppriment ensuite le poison sans difficulté. Chacun réagit vis-à-vis de la morphine selon son développement cérébral. Ceci est vrai, même pour les animaux, car Cl. Bernard a noté que ceux qui y sont le plus sensibles sont ceux dont le développement cérébral est le plus grand.

Buchneim a montré aussi que l'intoxication morphinique des races européennes s'opérait beaucoup plus rapidement que celle des races inférieures.

Il y a donc des conditions spéciales qui jouent un rôle efficient dans la production de la morphinomanie. Il y a en particulier un terrain qui est surtout favorable pour son développement.

Tous les hystériques, tous les névropathes, toute cette grande classe des dégénérés sur lesquels M. Magnan a si justement insisté dans son enseignement, tous ces déséquilibrés sont destinés à être les victimes du poison quelconque que le hasard mettra à leur disposition ou que la curiosité leur fait rechercher.

Nous savons, en effet, que tous ces êtres sont des impulsifs, c'est-à-dire des gens chez qui le pouvoir de la volonté est, pour ainsi dire, aboli. Ce sont eux qui

ont de ces curiosités malsaines à la suite de lectures ou de récits leur promettant des félicités inconnues. Ce sont parmi eux que tous les propagandistes recruteront le plus facilement leurs adeptes. On peut dire qu'ils sont, de par leur nature même, la proie désignée du premier venu qui pourra faire d'eux des morphinomanes, ou des alcooliques, ou des éthéromanes, selon qu'il le voudra.

Maurice Talmeyr a fort bien compris et fait ressortir avec son talent habituel ce côté très important de la question qui nous occupe. « La vérité, dit-il, c'est que vous êtes *possédé*, lorsque vous l'êtes non seulement selon votre nature et les lésions ou les germes héréditaires, mais selon votre position sociale, vos besoins, votre désir et même votre volonté... Un homme du monde est exténué par l'existence parisienne. Tous les soirs l'habit et la cravate blanche, les dîners en ville, les coulisses, les salons et la fin des nuits au cercle. Cette vie le détraque et le brûle, il faut cependant qu'il la mène. Il a besoin de son étourdissement et de sa lumière, tout en sentant qu'il s'y calcine... Mais c'est un prédestiné, sa vie l'a préparé. Son père ou son aïeul étaient paralytiques, et une petite seringue, le soir, avant de passer son frac, le retape, le remet à neuf et lui redonne un vernis miraculeux. Il est le plus en train et le plus frais de tous les convives, rit, cause, lance des paradoxes, débite des galanteries, s'amuse, fait des mots, parade et ponte avec endiablement... Supposez à présent une femme abandonnée et jalouse. Son mari l'a quittée pour des filles, mais elle l'aime toujours et ne veut pas se consoler. Lui, il fait la fête et s'affiche; elle, on la voit aller et venir comme un spectre. Elle souffre toutes les humiliations, tous les outrages, c'est une martyre et une crucifiée; elle en est venue à force de malheur à tenir les sympathies à distance, à leur faire peur, à les écarter d'elle et n'inspire plus que des pitiés qu'on ne lui manifeste

pas. Eh bien! une fois rentrée dans sa chambre, seule, bien seule, quand on ne la voit plus, elle est peut-être encore heureuse à certains moments. Une petite fiole, une aiguille, et toutes ses tortures disparaissent. Une piqûre, et elle voit peut-être, dans une extase, son mari revenu à la maison, lui parlant, lui souriant, lui prenant les mains, bon, tendre, fidèle, l'aimant et l'adorant.

« Et de même pour tous les états si la dangereuse prédestination s'y trouve. »

Morphinomanie thérapeutique et Morphinomanie passionnelle.

On désigne par le qualificatif de *thérapeutique* la morphinomanie qui reconnaît pour cause primitive les injections de morphine faites par le médecin pour soulager une affection douloureuse. On sait que, dans ces cas, le malade devient morphinomane en continuant à suivre lui-même la voie que lui a tracée le médecin. Ce sont les morphinomanes de cette catégorie qui méritent seuls qu'on s'intéresse à eux et qu'on cherche à les sortir de l'ornière où ils s'enfoncent tous les jours. C'est le médecin qui les y a engagés, c'est au médecin à les en tirer.

A côté des précédents, il y a les morphinomanes d'*origine passionnelle*. Ceux-là, ce sont les vicieux. Ce sont des gens qui s'enivrent volontairement avec la morphine pour y trouver toutes les sensations psychiques que celle-ci donne au début et que nous avons décrites à l'article consacré à l'euphorie. Ou bien ce sont encore des individus qui demandent à la morphine de leur procurer la stimulation génésique qu'elle donne au début pendant un temps très court et qu'ils s'imaginent pouvoir obtenir toujours. Parmi les premiers, nous comptons surtout les gens de lettres, les poètes,

tous ceux qui se livrent aux travaux intellectuels et qui ont souvent besoin de trouvèr l'idée, l'image ou la rime qu'ils cherchent en vain et que la morphine leur donne.

Dans la seconde catégorie, ce sont les jouisseurs et, derrière eux, toute la phalange de Cythère et de Lesbos. Femmes du monde, artistes, filles de joie de toutes classes, toutes les névrosées, toutes les déséquilibrées, tout cela sacrifie sur l'autel de la déesse Morphine. Le nombre en est incalculable, elles sont légion! Il est directement proportionnel au développement toujours croissant du déséquilibre moral, qui semble être la caractéristique du siècle qui finit. Aussi, n'est-il pas prêt de diminuer!

Diffusion de la Morphinomanie.

Tous les pays paient leur tribu à la morphinomanie : l'Allemagne, la France, les États-Unis sont ceux où ce vice paraît le plus répandu parce que ce sont les médecins de ces différents pays qui ont publié les travaux les plus importants sur ce sujet. La Suède, la Russie, la Turquie même ont de nombreux adeptes. Dernièrement un médecin du Vénezuela habitant les environs de Ciudad Bolivar signalait l'abus des injections de morphine qui commençait à se répandre parmi les médecins et les prêtres. Mais, ce qu'il y a de plus curieux c'est de voir la morphinomanie pénétrer en Extrême-Orient, où elle vient faire concurrence à l'opium qu'elle arrivera peut-être à détrôner.

M. Ernest Martin, qui s'est beaucoup occupé des questions relatives à l'opiophagie, nous fait le récit suivant, où l'on voit la morphinomanie se développer d'abord sous forme d'ingestion stomacale, puis plus tard à la mode européenne, sous forme d'injections.

« Il y a quelques années, des médecins anglais ont songé à instituer une médication contre l'abus fumiga-

toire chez les Chinois. Ils ont prescrit à ceux qui voulaient se soustraire à la tyrannie de la pipe à opium des granules de chlorhydrate de morphine; ces granules venant de Londres étaient préparés avec du chandoo, c'est-à-dire de l'extrait fabriqué en vue de la pipe, qu'on additionnait de poudre de réglisse, puis qu'on colorait en rouge au moyen de colcotar ou sesquioxyde de fer : chaque granule contient de trois à quatre milligrammes de morphine, et il en faut vingt pour équivaloir à quarante pipes constituant la ration ordinaire du fumeur chinois. Pris en nombre décroissant, ils ont fourni quelques succès : aussi leur extension s'est-elle produite assez rapidement. Il devait en résulter, pour les trafiquants anglais, une source nouvelle de commerce, qu'ils se sont empressés d'exploiter, ainsi que le prouvent les chiffres énoncés précédemment; de telle sorte que les granules qui, dans le principe, étaient un remède ordonné par les médecins et délivré par les pharmaciens, sont devenus aujourd'hui un simple article de commerce que chacun peut débiter.

Dans toutes les villes de Chine se sont ouvertes des boutiques qui ont la spécialité de la vente de ces granules et qui réalisent des bénéfices considérables. Chacun sait parfaitement qu'ils contiennent de la morphine, et s'il en est qui s'illusionnent au point d'espérer qu'ils se guérissent, il en est un plus grand nombre qui trouvent que la substitution de ce procédé à la pipe est un moyen commode de ne pas entraver leurs occupations; car on sait que le fumage ne s'exécute que dans la position couchée. En outre la pilule est moins onéreuse, et si, au lieu de dépenser un dollar pour se procurer l'opium de Bénarès ou de Patna, on peut ne dépenser que dix fois moins avec les granules, on n'hésite guère à recourir à eux. »

A Sanghaï, la pratique des injections est connue depuis un certain temps. Elle a été importée à Hong-Kong en 1893. Actuellement, il existe dans ce pays plus

de vingt maisons de commerce qui en vendent. Chaque maison a en moyenne cinquante clients qui y viennent matin et soir, prendre leur dose. Ce qui explique cette popularité c'est que l'injection est meilleur marché que la pipe d'opium. On prétend, du reste, qu'elle la remplacera. L'injection produit en effet une euphorie immédiate que l'on peut obtenir sans perdre de temps, sans s'exposer en public, sans fréquenter les affreux repaires des sociétés d'opium, tandis que la pipe a une action bien plus lente et que l'opium qu'on y introduit coûte beaucoup plus cher que la solution de morphine.

Pour remédier à cela, le conseil législatif de Hong-Kong a rendu une ordonnance qui interdit de pratiquer des injections de morphine ou d'administrer autrement ce produit aux coolies chinois ignorants, qui se rendent actuellement dans des maisons spéciales où on leur fait une injection pour deux sous.

De la contagion comme cause de Morphinomanie.

Morphinomanie à deux. — Morphinomanie conjugale. — Il y aurait, au point de vue philosophique, une étude très intéressante à faire, c'est celle des mobiles qui poussent les vicieux de tous genres à faire des prosélytes. Qu'ils se livrent à l'alcool, à la morphine, au tabac, ils cherchent toujours à entraîner leurs amis. Quand deux morphinomanes se trouvent réunis dans un même endroit, une salle d'hôpital, par exemple, il semble qu'il y ait une sorte d'attraction qui les fait se reconnaître comme adeptes d'un même culte et qui les fait se réunir pour mettre en commun les joies et les douleurs qui accompagnent toute habitude passionnelle. Ainsi Notta raconte que, dans un hôpital de Paris, un interne s'aperçut qu'une malade atteinte d'une affection chronique avait les jambes couvertes

d'abcès. Il l'interrogea avec soin et put facilement se convaincre que ces abcès étaient dus à des piqûres de morphine. Il arriva à grand'peine à obtenir l'aveu de sa passion et exigea qu'elle lui remît le corps du délit. Celle-ci lui donna seulement le corps de pompe d'une seringue de Pravaz, ajoutant que « les aiguilles étaient dans une salle voisine ». Elle désigna la malade qui les avait, et l'on put aller vérifier son assertion. La cause était la suivante : l'une des deux malades allait voir tous les jours son amie, morphinomane comme elle, et telle était grande leur confiance réciproque que chacune d'elles gardait une des parties nécessaires à leur injection quotidienne. Elles voulaient être bien sûres de se faire toujours la même injection à la même heure et éviter ainsi que l'une trichât aux dépens de l'autre, en modifiant le nombre et la qualité des injections.

Certains cherchent à se faire des compagnons de débauche. D'autres voudront jouir de la décadence morale dont ils ont été la cause. Il semble pour ceux-ci que tout être humain qui marche droit dans la vie en échappant à ses écueils, est un ennemi qu'il faut terrasser. Lorsqu'ils y sont arrivés grâce à la morphine, ils ont la satisfaction d'avoir remporté une victoire et ils continuent leur œuvre de propagande pour tâcher de faire de nouvelles victimes.

Ce type de propagandistes est encore peu répandu. Il existe cependant, et je pourrais citer tel homme de lettres connu comme chef d'école qui est morphinomane et qui s'attache à morphiniser ses élèves pour avoir le plaisir d'assister à leur déchéance. Il y a là un état psychologique qui mériterait d'attirer l'attention des aliénistes. Un autre, un artiste dramatique, avait formé un véritable club de morphinomanes. Il les réunissait chez lui, leur procurait le poison, leur indiquait les pharmaciens où ils pourraient en trouver en cas de besoin, les dressait à fabriquer de fausses

ordonnances, en un mot leur donnait une éducation complète.

Les morphinomanes du grand monde se réunissent volontiers aussi en petits comités. Les femmes surtout affectionnent cette manière de se morphiniser de compagnie. Daudet y fait allusion dans son roman l'Évangéliste : « Cette pauvre de Lostande, encore une qui n'est pas heureuse... tu as su la mort de son mari, cette chute de cheval aux grandes manœuvres?... Elle n'a pu s'en consoler... seulement, elle, pour oublier, elle a ses piqûres... Oui, elle est devenue, comment dit-on? Morphinomane. Toute une société comme elle... Quand elles se réunissent, chacune de ces dames apporte son petit étui d'argent avec l'aiguille, le poison... et puis, crac, sur le bras, dans la jambe. Ça n'endort pas, mais on est bien... malheureusement chaque fois l'effet s'use et il faut augmenter la dose. »

Parmi ceux qui recherchent surtout des compagnons de débauche, nous citerons tous les viveurs, toutes celles qui s'enrôlent dans le bataillon de Cythère, en passant par tous les degrés, depuis la demi-mondaine jusqu'à la fille publique. Elles ont toutes entendu vanter les vertus aphrodisiaques de la morphine.

Elles ont entendu dire que ce merveilleux poison donnait de l'esprit, de l'entrain, de la gaîté. Elles s'y adonnent avec fureur, voulant faire bénéficier leurs amants de la plus grande somme de plaisir qu'elles peuvent leur donner. Ensuite, elles les entraînent à leur tour à se morphiniser eux-mêmes pour que chacun puisse éprouver à son maximum l'acuité des sensations qu'ils recherchent.

La contagion par le livre est assez curieuse à signaler. Les romanciers qui se plaisent à étaler sous les yeux de leurs lecteurs les vices de leur époque, n'avaient garde d'oublier la morphinomanie. Nous avons vu paraître successivement *Noris*, de Claretie, *Morphine*, de

Dubut de Laforêt, *la Comtesse Morphine*, de Mallat, les *Possédés de la morphine*, de Talmeyr. Les uns contiennent des descriptions assez exactes, les autres ne sont que des récits de fantaisie. Néanmoins tous ces ouvrages sont entre les mains de gens inactifs, oisifs, de femmes névrosées qui se délectent dans la lecture de romans décrivant des sensations nouvelles pour elles. La curiosité s'éveille bien vite chez tous ces êtres mal équilibrés, et ils ne tardent pas à transformer la description des sensations morphiniques en sensations vécues.

En outre des romans, on est assez surpris de trouver comme organes de diffusion du morphinisme les ouvrages scientifiques eux-mêmes qui traitent de ce sujet et dont le but essentiellement moralisateur est bien plutôt d'enrayer ce vice que de le répandre. Il n'en est pas moins vrai que certains individus les lisent avec avidité.

Cependant les conclusions en sont loin d'être encourageantes. Peut-être ces individus veulent-ils connaître exactement le sort qui les attend et, en suivant pas à pas la marche de leur intoxication, pensent-ils pouvoir s'arrêter à temps avant que la morphine ait accompli son œuvre de déchéance complète.

Mais ce qu'il y a de plus bizarre encore, c'est de voir les auteurs d'ouvrages scientifiques sur la morphinomanie ne pas résister aux séductions du poison dont ils ont décrit les terribles effets. Nous connaissons tous l'un d'eux qui a écrit un des ouvrages les plus estimés sur ce sujet, qui était lui-même un aliéniste d'avenir, et qui mourut morphinomane il y a quelques années.

La contagion du mari à la femme est des plus fréquentes : c'est ce qu'on a appelé la *morphinomanie conjugale*, la *morphinomanie à deux*. La raison en est des plus simples. Lorsque sous l'influence de l'usage quotidien de la morphine, le mari s'aperçoit qu'il a perdu toute puissance génésique, il se rend compte que sa

situation conjugale est compromise, et, pour se mettre à l'abri des conséquences que peut entraîner un pareil état de choses, il finit par décider sa femme à se laisser faire des piqûres. Les cas de ce genre sont très fréquents. Il y a quelques années, on a assisté au dénoûment d'un drame conjugal dont la victime avait été morphinisée dans ces conditions. Je veux parler de Mme Dida, dont le premier mari avait été l'agent actif de sa morphinisation et dont le second fut l'agent actif de sa mort, car il la tua.

Villages de Morphinomanes en Allemagne. — Il semblerait que les habitants des campagnes devraient être préservés des vices qui s'abattent sur les grands centres, où l'extrême degré de la civilisation pousse à l'extrême raffinement en tout. Mais comme tout être humain porte en lui un endroit vulnérable à une passion quelconque, on serait porté à croire que le paysan devrait préférer les joies grossières de l'alcool aux jouissances raffinées de la morphine.

C'est encore là une opinion dont il faut singulièrement revenir.

On connaît peu de faits de contagion à la campagne ; aussi celui que Loose a raconté mérite-t-il d'être cité.

Un jeune homme de dix-huit ans étant venu le consulter pour se guérir de sa morphinomanie, ce médecin s'enquit près de lui comment il avait contracté cette habitude. Celui-ci apprit alors qu'il avait un frère également morphinomane, et, que, dans son pays, il en existait un très grand nombre. Il ajoutait que cette habitude avait pris naissance par suite de l'exemple donné par les médecins de l'endroit qui étaient tous deux morphinomanes et qui pratiquaient dans leur clientèle des injections à profusion. Voulant contrôler les dires de ce jeune homme, Loose s'informa près d'un médecin exerçant dans un village voisin du pays en question. Celui-ci lui confirma ce qu'il savait déjà. en lui apprenant que l'un des deux médecins était

mort et qu'il s'injectait des doses énormes de morphine.

L'autre confrère donna lui-même quelques renseignements. Il avoua qu'il avait été morphinomane, mais qu'il s'était guéri. Il reconnut que l'habitude de la morphine s'était propagée grâce à la facilité que les clients avaient de se faire des piqûres parce qu'on laissait la seringue à leur disposition. Un des propagateurs les plus fanatiques avait été un armurier, sujet à des accès d'asthme. Il avait éprouvé un tel bien-être qu'il voulut en faire bénéficier ses voisins. Il était si enthousiaste de cette pratique qu'il se fit marchand de seringues hypodermiques. Il fit de nombreux prosélytes dans son entourage et il exprimait nettement le désir de voir toute sa famille faire usage de morphine.

Jennings cite une petite ville de province où un médecin avait été assez imprudent pour propager l'usage des injections faites par les malades eux-mêmes, si bien qu'au bout de très peu de temps, on y comptait une douzaine de morphinomanes.

PROPAGATION DU MORPHINISME PAR LES MÉDECINS, PHARMACIENS, DROGUISTES

A. — Rôle du médecin.

Le médecin, il faut bien l'avouer, joue le premier rôle dans la création du morphinisme thérapeutique.

Toutes les fois qu'il a à soigner une affection douloureuse, d'ordre névralgique ou autre, comme il a toujours avec lui le moyen de calmer la douleur, on comprend qu'il soit tout naturellement porté à y avoir recours. S'il se bornait à faire lui-même les injections, il y aurait beaucoup de chances pour voir le morphinisme s'arrêter dans son développement. Dans ces conditions, en effet, le médecin, soucieux de ses devoirs

et de sa dignité, supprimerait le médicament dès que l'affection névralgique serait disparue ou modifierait sa médication dès qu'il s'apercevrait que le malade présenterait des symptômes d'accoutumance l'obligeant à augmenter les doses.

On rencontrerait bien, de temps à autre, quelque médecin peu consciencieux qui consentirait à intoxiquer sciemment son client en lui faisant régulièrement ses injections et en élevant les doses proportionnellement aux besoins du malade. Cette pratique pouvant durer des années rapporterait au médecin des honoraires en rapport avec le rôle peu honorable qu'il jouerait dans la circonstance. Mais, outre qu'on rencontrerait peu de confrères capables d'accepter cette tâche, il arriverait bien vite que le malade trouverait plus simple et plus économique de se passer du concours du médecin.

Le vrai rôle funeste que celui-ci joue dans la propagation du morphinisme, c'est en délivrant des ordonnances où se trouve une formule de solution de morphine avec la mention : « à renouveler à volonté », et en laissant entre les mains du malade la seringue hypodermique avec laquelle il pourra se faire autant d'injections qu'il le voudra.

On serait tenté de croire que ce sont des médecins peu instruits qui agissent ainsi.

Il n'en est rien cependant, car je pourrais citer les noms de gens qui occupent une haute situation médicale et qui ont délivré des ordonnances de ce genre. Il semblerait que le sentiment d'insouciance et d'égoïsme qui envahit toutes les classes de la société atteigne le médecin même dans l'exercice de sa profession.

Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à voir ce qui se passe dans un service d'hôpital. La première fois qu'on fait une injection de morphine, c'est souvent le médecin qui la pratique lui-même ou tout au moins qui la fait

pratiquer par l'interne. Puis, au bout de quelques jours, celui-ci en charge la surveillante.

Celle-ci ne tarde pas à confier la besogne à l'infirmière, qui se hâte de prier la malade de faire elle-même la piqûre.

Si cela se bornait là, il n'y aurait à la rigueur que demi-mal. Mais, où tout le monde est en faute, c'est lorsqu'on laisse le flacon de morphine dans la salle à la disposition de la malade qui va y puiser quand elle le désire.

Quoi d'étonnant que, dans ces conditions, le morphinisme se développe. Bien souvent, en effet, après avoir prescrit deux ou trois injections pour calmer une douleur, le médecin oublie de dire qu'il faut les cesser. La malade se les faisant elle-même, cela ne gêne personne, et on la laisse continuer. C'est là un fait banal dans la pratique hospitalière.

B. — Rôle du pharmacien.

Il est incontestable que le médecin est dans son tort quand il délivre une ordonnance de morphine avec la mention « à renouveler ».

Mais si le pharmacien était soucieux de son devoir, il ne renouvellerait pas l'ordonnance à perpétuité. Même en y mettant la plus large complaisance, il arriverait un moment où cette ordonnance maculée de cachets, déchirée de tous les côtés, ayant ses divers fragments recollés avec du papier gommé, cesserait de pouvoir être considérée décemment comme une ordonnance encore valable.

Le morphinomane se verrait ainsi dans l'impossibilité de renouveler sa provision. Malheureusement il n'en est pas ainsi. La plupart du temps, quand l'ordonnance s'est transformée en un chiffon de papier sans valeur, le pharmacien simplifie la question. Il

s'en passe, purement et simplement, et délivre de la morphine au client qui vient lui en demander.

Au congrès de médecine légale de 1889, on citait ces pharmaciens comme étant des exceptions. Je connais trois de ceux-là qui, grâce à cette complaisance coupable, se sont fait une clientèle des morphinomanes d'origine passionnelle. Ceux-ci, en effet, en même temps qu'ils font des prosélytes, leur donnent l'adresse de l'officine où ils pourront toujours renouveler leur provision.

Aujourd'hui, ce qui était l'exception est presque devenu la règle. La plupart des pharmaciens de Paris délivrent la morphine et le laudanum sans ordonnance ou avec des ordonnances si grossièrement imitées qu'il leur faut toute la complaisance dont ils sont capables pour ne pas voir qu'elles ne sont pas de la main d'un médecin. Ceux qui les présentent se rendent coupables d'un véritable faux et pourraient être l'objet de poursuites.

Les pharmaciens qui renouvellent ainsi des ordonnances de morphine pourraient également être poursuivis rien que de ce fait. Cette question a été discutée à la Société de médecine légale qui a déclaré que le pharmacien ne doit pas renouveler une ordonnance toxique. Bien que ce ne soit pas la lettre même de la loi, c'en est au moins l'esprit, car, à ce compte, le public pourrait se procurer le plus facilement du monde toutes sortes de poisons.

Du reste, un excellent moyen de remédier à cela serait que le médecin ne délivrât aucune ordonnance toxique que sur du papier portant son adresse imprimée et qu'il les signât lisiblement, en ayant soin de mettre la mention : « Cette ordonnance ne doit pas être renouvelée. »

En fournissant ainsi à volonté de la morphine à ses clients, le pharmacien n'a en vue généralement que d'augmenter ses bénéfices. Mais il ne se montre pas

toujours sous l'aspect mercantile, et si l'on gratte un peu le pharmacien, on retrouve quelquefois l'homme, et même l'homme qui n'est pas insensible aux charmes de l'autre sexe.

Filles publiques, petites ouvrières, trottins, tout ce menu peuple, qui traîne son vice dans la rue, est sûr de renouveler facilement sa provision de morphine, sans bourse délier. Pichon, qui a beaucoup étudié ce genre de monde, nous raconte qu'il a reçu les confidences de beaucoup de filles, qui lui ont avoué que lorsque leur provision de morphine était épuisée, elles trouvaient toujours un pharmacien au cœur tendre pour la renouveler. Qnand elles ont la mauvaise chance de tomber sur un pharmacien d'une vertu rigide, elles se rejettent sur un garçon de laboratoire. L'une d'elles racontait que, dans ses moments de disette, elle avait recours à un de ces modestes employés, très vieux et très laid; du reste, et comme il était lui-même nécessiteux, il volait, sans vergogne aucune, le pharmacien chez lequel il était employé.

C. — Rôle du droguiste.

A l'époque où les pharmaciens délivraient difficilement de la morphine, on a tourné la difficulté en s'adressant aux droguistes. Les morphinomanes avaient ainsi un triple avantage : ils payaient beaucoup moins cher, ils pouvaient se procurer du poison en quantité illimitée et ils étaient en règle avec la loi.

Celle-ci en effet exige simplement des droguistes l'inscription sur leurs livres du nom et de l'adresse de l'acheteur, quand ils délivrent des poisons.

Cette réglementation est certainement insuffisante. Il y a à cela une excuse, c'est que l'ordonnance qui régit cette matière date de 1846. A cette époque, on ne connaissait pas les paradis artificiels, ni les substances qui les procurent. Aussi ne serait-ce pas être trop

exigeant que de demander une légère modification à cette ordonnance.

Le congrès de médecine légale de 1889 a du reste formulé un vœu dans ce sens. Il demandait qu'on imposât aux droguistes l'obligation de ne vendre la morphine qu'aux pharmaciens et même de livrer ce poison au domicile même du pharmacien, afin de se garantir contre les individus qui pourraient usurper ce titre, en se présentant dans les maisons de droguerie.

MŒURS DES MORPHINOMANES

Ruses et Stratagèmes.

Les morphinomanes font des prodiges d'imagination pour arriver à s'assurer la provision de morphine dont ils ont besoin.

Tous ceux qui vivent dans un certain milieu social ont simplifié la question en s'adressant aux droguistes. Ceux qui appartiennent aux classes inférieures sont obligés d'employer des moyens détournés quand le pharmacien refuse de leur donner de la morphine. Le plus pratique, dans ce cas, est la fausse ordonnance. Quelquefois, le pharmacien s'y laisse prendre, ou feint de croire qu'elle émane vraiment d'un médecin. Mais souvent il la refuse et fait arrêter celui qui la lui présente, comme cela est arrivé dans le cas suivant.

Il y a quelque temps un garçon d'une dizaine d'années se présentait chez un pharmacien de la rue Saint-Maur et demandait qu'on lui donnât une certaine quantité de chlorhydrate de morphine, ainsi d'ailleurs que le mentionnait une ordonnance de médecin dont il était porteur.

Le pharmacien examina avec soin l'ordonnance et bien qu'elle fût signée du nom d'un docteur bien connu dans le quartier du faubourg du Temple, il

demeura convaincu que signature et ordonnance étaient fausses. Les doutes, s'il y en avait eu, auraient d'ailleurs été promptement dissipés à la lecture d'une lettre que l'enfant, voyant son hésitation, lui remit.

Cette lettre, signée du même nom, portait en substance que le docteur se trouvant dans le quartier auprès d'un malade qu'il ne pouvait quitter, avait un besoin urgent de la morphine et qu'il priait le pharmacien de ne mettre aucun retard à l'envoi, ajoutant qu'il paierait le prix du médicament dans une heure au plus tard.

Deux gardiens de la paix furent requis et l'enfant fut conduit chez le commissaire de police du quartier. On le fouilla et on trouva en sa possession quatorze nouvelles ordonnances toutes signées du même nom, les unes portant l'estampille de divers pharmaciens, les autres n'ayant pas encore été exécutées.

On supposa que cette provision de morphine était destinée à quelque morphinomane qui avait mis le gamin en campagne. Ce dernier a refusé du reste de dire quoi que ce soit, il a été envoyé à la Petite Roquette en attendant que l'instruction soit complète.

Mais c'est surtout lorsqu'ils se soumettent à un traitement de sevrage que les morphinomanes mettent en œuvre toutes les ressources de leur imagination pour introduire, dans la maison de santé où ils se sont rendus, la provision de morphine qui leur permettra de calmer les tortures de la privation.

Ainsi ils emportent avec eux de la morphine qu'ils dissimulent dans des marques pour noter les pages des livres, dans des porte-cigares, dans des mouvements d'horlogerie, sous la semelle de leurs pantoufles ; dans des bobines de soie cachetées aux deux extrémités, dans des boîtes de poudre de riz, dans des livres ayant la forme de boîte, dans un pot de confitures, dans les cavités naturelles, dans les montants des chaises creusés à cet effet, dans des peignes à dents creuses

fabriqués spécialement en Allemagne, etc. Aussi est-il nécessaire d'être prévenu pour déjouer ces stratagèmes.

Modes d'introduction de la Morphine dans l'organisme.

Lorsqu'il s'agit de satisfaire une passion, tous les moyens sont bons. C'est du moins ce que pensent les morphinomanes qui ont mis à profit presque toutes les cavités naturelles par où l'on peu introduire de la morphine et la faire absorber par la muqueuse avec laquelle ils la mettent en contact. Nous allons les passer successivement en revue.

A. — Injections sous-cutanées. — C'est le mode de beaucoup le plus répandu, le plus commode et le plus pratique. Aussi le morphinomane s'est-il ingénié à l'adapter à ses besoins spéciaux. Il fallait en effet qu'il ait toujours sous la main sa seringue et sa solution afin de pouvoir vaquer à ses occupations, aller dans le monde, au théâtre, partout enfin où sa situation sociale l'oblige à se rendre, fût-ce au conseil des ministres. Aussi la petite seringue de Pravaz dont se sert le médecin ne remplissait-elle pas le but. Il fallait avoir en même temps la seringue et la solution.

Pour cela on a disposé de petits étuis, en forme de porte-allumettes ou de porte-cigares, qui contiennent à la fois la seringue et un petit flacon contenant la quantité de liquide nécessaire pour la journée.

Mais pour s'en servir faut-il encore adapter l'aiguille sur la tubulure de la seringue et aspirer le liquide. Pour cela il faut pouvoir se réfugier dans un endroit isolé quelconque.

Aussi a-t-on imaginé mieux que cela. On fabrique une seringue de plusieurs centimètres cubes de contenance, on l'emplit de liquide et on la visse sur un étui métallique. Chaque fois, on pousse un peu le piston,

et avec un peu d'habitude, on arrive très vite à savoir injecter juste la quantité de liquide nécessaire. La manœuvre est des plus faciles. Au théâtre, au milieu d'un dîner, d'une réunion, il est bien facile de se piquer ainsi le bras ou la jambe sans attirer l'attention des autres personnes.

Lorsqu'on a eu à sa disposition un instrument commode, on a voulu ensuite l'avoir luxueux. C'est ainsi qu'on fait des seringues en or, revêtues d'émaux, d'emblèmes, de gravures. Dans la haute société on offre à ses amis de ces superbes seringues-bijoux renfermées dans des étuis chiffrés et armoriés.

L'un de ces bibelots luxueux a été payé jusqu'à 350 francs.

L'injection sous-cutanée est en effet le mode de beaucoup le plus habituel d'introduire le poison dans l'organisme. Elle présente sur l'ingestion stomacale des avantages très grands, qui sont particulièrement appréciés des morphinomanes. La morphine a, en effet, une saveur désagréable, elle exerce sur l'estomac une action locale qui se traduit par de l'inappétence, de la pesanteur, des vomissements. L'effet cherché est beaucoup plus lent à se produire. Avec l'injection, au contraire, l'effet est magique, et l'on a en outre le plaisir de se faire la piqûre.

Siège des injections. — Ce siège est des plus variables, cependant ce sont généralement les cuisses et les avant-bras qui sont les endroits de prédilection. La face externe des cuisses est en effet la région où on court le moins le risque de blesser des filets nerveux ou des vaisseaux superficiels. D'autre part l'avant-bras est plus à portée de la main lorsqu'on veut opérer dans le monde ou sans se déranger. Une malade de Zambaco avait imaginé de se piquer le cuir chevelu. Elle faisait semblant de s'arranger le chignon, et le tour était joué. Une petite ouvrière dévergondée se piquait autour du mamelon. Ceux qui veulent faire des éco-

nomies de morphine et éprouver en même temps des sensations plus vives et plus rapides introduisent l'aiguille dans une veine. Inutile d'ajouter qu'ils peuvent payer très cher la sensation qu'ils recherchent.

La manière de procéder suivante est aussi bizarre que dangereuse.

Une ouvrière qui ne gagnait que quatre francs par jour et qui en employait trois à acheter de la morphine, eut un jour ses aiguilles de seringue complètement usées. Elle préféra ne pas les renouveler pour ne pas diminuer sa provision quotidienne de morphine. L'argent se faisant de plus en plus rare, voici alors l'artifice qu'elle employa pour pouvoir utiliser les aiguilles usées de sa seringue, qui, épointées, ne pouvaient plus pénétrer sous la peau. A l'aide d'une grosse aiguille qu'elle s'enfonçait dans les tissus, elle se faisait, à la peau, un orifice suffisant pour introduire l'extrémité de son aiguille ébréchée. Par le même orifice, maintenu perméable pendant vingt-quatre heures, elle s'administrait vingt à trente injections en huit ou dix séries. Quand il s'obliterait, elle recommençait sur un autre point du corps. Par ce moyen, elle était arrivée à se passer d'aiguilles, c'est-à-dire de frais inutiles. Seulement il en résultait sur divers points du corps une série d'abcès, dus à l'absence de toute précaution antiseptique (Pichon).

Les observateurs ont en général peu porté leur attention sur la question qui nous occupe, et l'on trouve rarement signalé l'endroit où les malades faisaient leurs injections.

Pichon s'est cependant attaché à noter ce renseignement et il a dressé la statistique suivante :

30 malades se piquaient indistinctement aux cuisses et aux avant-bras; 11 exclusivement aux avant-bras; 25 aux cuisses; 7 à la poitrine; 7 à l'abdomen; 4 aux jambes; 3 aux bras; 2 aux lombes; 2 aux seins; 1 à la nuque, 1 dans la veine médiane basilique.

B. — Lavements et suppositoires. — Ce mode d'introduction n'est pas commun. Il forme en effet un contraste absolu avec le côté poétique et idéal de la vie que le morphinomane demande à son poison de lui procurer. Aussi peut-on affirmer que jamais un passionnel ne choisira cette voie d'absorption. Brazier a rapporté l'observation d'un officier de marine, fort distingué, qui commença par se faire des injections de morphine pour éviter le mal de mer. Ayant eu des abcès, il supprima les injections et prit la morphine en lavements. Il eut, du reste, la satisfaction d'en obtenir les mêmes effets. Les vomissements s'arrêtaient, et puis, après une demi-heure d'engourdissement, il se réveillait et se levait dans un état de parfait bien-être qui persistait jusqu'au lendemain. Puis, l'état nauséeux reparaissant, il prenait une nouvelle dose, et au bout de quatre à cinq jours, il était définitivement débarrassé du mal de mer.

Je n'engagerais personne à imiter ce marin, car s'il a pu éviter le mal de mer, en revanche, il a contracté une intoxication qui dure depuis plus de dix ans.

Le *suppositoire* est également un agent de morphinisation qui ne manque pas d'originalité. Dans ce monde étrange des morphinomanes, on aurait pu s'attendre à le trouver comme ayant été imaginé par quelque cerveau déséquilibré. Il n'en est rien cependant, et le cas unique qui existe dans la science, rapporté par Abrahams, est celui d'une morphinomane d'ordre thérapeutique. Un médecin avait prescrit à cette femme des suppositoires contenant de la morphine et de l'acétate de plomb, afin de calmer des douleurs névralgiques. Le médicament réussit parfaitement, mais la malade y prit goût et le continua pendant huit ans. Elle réussit ainsi à s'intoxiquer par le plomb et par la morphine. Nous avons, du reste, reproduit cette observation dans tous ses détails au chapitre *de la Coexistence de plusieurs intoxications.*

C. — ***Morphinophagie.*** — On appelait généralement morphinophages, ceux qui buvaient le poison sous forme de sirop, comme on appelle opiophages ceux qui boivent du laudanum. Mais, il y a quelques années, Pichon a observé un individu qui mangeait littéralement de la morphine et a continué ainsi pendant quatorze ans. — Voici comment il procédait : « A quatre ou cinq reprises dans la journée, dit-il, je prends ma morphine absolument en nature, il faut même que je la mâche et cela sans l'aide d'aucun liquide ni avant ni après. » Il semblait même déguster son poison et apprécier particulièrement son amertume si caractéristique.

Toutefois, il est assez étonnant que durant ce long espace de temps, il n'ait pas dépassé la dose de 50 centigrammes par jour.

Parmi les particularités à signaler comme conséquences de ce mode d'ingestion du poison, nous appellerons l'attention sur les suivantes :

L'*état de besoin* a paru bien plus tenace, le moindre retard déterminait de l'énervement et une diarrhée profuse.

La constipation était encore plus opiniâtre que d'habitude, et, au réveil, elle s'accompagnait de coliques extrêmement douloureuses et violentes qui arrachaient au patient des cris de souffrance jusqu'à ce qu'au bout de six à huit jours une véritable débâcle vînt y mettre un terme pour quelque temps du moins.

Il y avait en outre un état dyspeptique très marqué avec gastralgie très vive. Ces douleurs gastralgiques revenaient même dans l'intervalle des repas, sous forme de nouvelles crises qui duraient dix à quinze minutes, s'accompagnant de sueurs froides et parfois de syncopes, tellement la douleur était forte. Une nouvelle dose de morphine venait y mettre un terme (Pichon).

D. — Introduction par le nez. — Si les morphino-

manes nous ont habitués à ne nous étonner de rien en ce qui concerne leurs mœurs, il faut surtout être armé de cet esprit philosophique quand il s'agit de morphinomanes américains. Ce peuple tient à justifier sa réputation d'excentricité même dans sa manière de s'intoxiquer.

Nous avons vu plus haut une dame qui a cultivé avec amour le suppositoire de morphine pendant huit ans. Nous allons maintenant voir un monsieur qui se morphinisait en se baignant les fosses nasales avec une solution de morphine. Mattison a observé ce singulier personnage et a relaté les points principaux de son histoire que nous donnons en résumé.

Un monsieur, âgé de trente-cinq ans, sujet depuis longtemps à de la céphalalgie, rencontra un jour un ami qui eut pitié de lui et lui remit un liquide dont il suffisait de prendre cinq à dix gouttes par le nez pour être soulagé. M. A... mit de suite ce médicament à l'essai, et au bout de quelques minutes la douleur avait disparu. L'ami lui communiqua son ordonnance et il se hâta de se procurer ce remède si merveilleux, sans même savoir de quoi il se composait.

Au printemps de 1880, il commença à présenter quelques troubles, en dehors de ses migraines. Mis ainsi en éveil il s'informa près d'un pharmacien de ce que contenait son remède, il apprit ainsi que c'était une solution de 60 centigrammes de morphine pour 15 grammes d'eau. Il continua à faire usage de sa solution, bien qu'il en connût les dangers. Un jour cependant, sous prétexte de troubles paludéens, il alla consulter un médecin, qui lui conseilla de cesser immédiatement. Il essaya, mais en vain. Il continua donc, en augmentant insensiblement, à absorber par le nez chaque jour une solution de 4 grammes de morphine dans 60 à 120 grammes d'eau. Il essaya d'en prendre par la bouche, mais cela lui causa de tels troubles gastriques qu'il y renonça. L'absorption quotidienne se

faisait de trois à huit fois; il commençait le matin en s'éveillant et finissait au repas du soir. Cette prise du soir avait pour effet invariable de lui donner de la céphalalgie le lendemain matin.

Tout l'effet de la morphine était obtenu par l'absorption uniquement nasale. Il avait bien soin d'éviter le passage de la solution dans le pharynx, et si cela se produisait, il se hâtait de cracher le liquide.

Pendant tout ce temps, ses anciennes migraines avaient cessé, mais l'effet du morphinisme se manifesta par de l'amblyopie, de l'inappétence, de l'amnésie, de l'amaigrissement, de la constipation. Soumis à un traitement régulier, il parvint à guérir assez rapidement.

Comme nous le disions au début, les morphinomanes ont mis à profit presque tous les orifices naturels. Cependant ils n'ont pas encore pensé à utiliser la cavité vaginale. Mais il ne faut pas désespérer, et il est bien probable que dans l'avenir cette lacune sera comblée.

STATISTIQUES

Nous avons réuni dans notre statistique 1000 cas observés dans tous les pays du monde.

Nous avons pensé nous rapprocher ainsi beaucoup plus de la vérité.

Si l'on étudie en effet les statistiques publiées par chaque médecin, directeur d'un Établissement où l'on soigne des morphinomanes, on n'y trouve forcément qu'un nombre assez restreint de cas.

Puis, ceux-ci sont observés presque toujours chez des individus appartenant à une classe assez élevée.

On a, par conséquent, une idée fausse de la fréquence de la morphinomanie dans les différentes professions, puisqu'il ne s'agit que de gens riches. En procédant comme je l'ai fait, je crois avoir rétabli la vérité, car

beaucoup d'observations consignées ici ont été prises dans le milieu hospitalier.

Elles apportent, par conséquent, un contingent de morphinomanes des classes pauvres que l'on ne trouve pas dans celles dont nous parlions plus haut. De plus, en se repartissant sur un très grand nombre de cas, le pourcentage se rapproche beaucoup plus de la vérité que lorsqu'il est établi sur de petits chiffres tels que 50, 100, 150 cas.

Nous croyons donc avoir réduit ainsi à leur minimum les chances d'erreur que l'on peut reprocher à toutes les statistiques, et dont il faut inévitablement faire la part dans l'appréciation des résultats qu'elles fournissent.

On remarquera que tous les cas dont il s'agit sont des cas de morphinisme d'origine thérapeutique.

C'est ce qui explique le chiffre peu élevé pour lequel figurent certaines professions, telles que celles des gens de lettres, des avocats, des artistes, des hommes politiques, des femmes du monde, qui comptent surtout dans les rangs de la morphinomanie d'origine passionnelle.

Or, il est absolument impossible d'avoir une idée quelconque du nombre des intoxiqués de cette catégorie, parce qu'ils cachent leur vice avec grand soin et qu'un très petit nombre d'entre eux s'adressent aux médecins pour les débarrasser de leur passion, qu'ils entretiennent généralement avec amour.

Un romancier, Dubut de Laforêt, prétend qu'il existe à Paris au moins 100 000 morphinomanes d'origine passionnelle. Ce chiffre, qui a été accepté par tous les journaux médicaux à l'étranger, ne repose sur aucune donnée.

C'est une simple appréciation de littérateur qui n'a aucune valeur scientifique. En réalité, il est impossible de pouvoir fixer un chiffre quelconque. Tout ce que l'on peut affirmer c'est qu'il y en a un très grand nombre.

Professions.

Statistique de 1000 cas.

Hommes 650.		Pour 100.	Femmes 350.		Pour 100.
Médecins...........	287	40,4	Femmes de médec.	35	10
Fils de médecin.....	1	0,15	Religieuses........	4	1,1
Infirmiers...........	7	1,07	Sages-femmes......	2	0,5
Etudiants en médec.	21	3,2	Femmes de pharm.	6	1,7
Pharmaciens.......	21	3,2	Femmes d'officiers.	4	1,1
Militaires...........	46	7,0	Femmes de négoc..	12	3,4
Négociants.........	57	8,7	Sans profession....	151	43,1
Rentiers ou sans prof.	100	15,5	Professeurs........	10	2,8
Professeurs.........	3	0,4	Employés..........	8	2,2
Magistrats..........	4	0,6	Ouvrières..........	47	13,4
Employés...........	23	3,5	Infirmières........	7	2,0
Etudiants en pharm.	4	0,6	Artistes............	5	1,4
Ouvriers............	37	5,6	Domestiques.......	5	1,4
Garçons de laborat.	2	0,3	Jeunes filles.......	2	0,5
Artistes............	6	0,9	Filles publiques....	50	14,1
Etudiants en droit..	11	1,6	Étudiante..........	1	0,1
Hommes de lettres..	5	0,7	Fermière..........	1	0,1
Avocats............	7	1,07		350	
Paysans............	3	0,4			
Prêtres.............	2	0,3			
Hommes politiques..	3	0,4			
	650				

On s'étonne de prime abord de trouver parmi les morphinomanes une majorité énorme composée de médecins. Mais en y réfléchissant un peu, l'étonnement cesse si l'on considère à quel degré de surmenage on est exposé dans la profession médicale. Les médecins de campagne paient un large tribut au morphinisme. Ils sont, en effet, jour et nuit sur la brèche. Ils ont trop rarement le loisir de racheter par un sommeil réparateur les fatigues de la journée. Il faut, en outre, étudier constamment, se tenir tout au moins au courant du mouvement scientifique. Les forces physiques ne tardent pas à s'épuiser, mais il faut marcher quand même; alors intervient le stimulant qui redonnera de

l'énergie au moment voulu. En ville, la profession est moins pénible, mais que de déboires viennent remplacer la fatigue physique du médecin de campagne!

Ce sont des rivalités de tout genre, les luttes pour conquérir les postes rétribués où l'on se voit préférer des confrères qui n'ont d'autres mérites que de pouvoir disposer de plus d'influences que vous-même.

Ce sont aussi les échecs successifs aux concours officiels dont le renouvellement ramène périodiquement chez les candidats ces alternatives d'espoir et de découragement qui épuisent le système nerveux.

En un mot, ce sont les dégoûts, les écœurements de toute nature, auxquels on ne peut échapper lorsqu'on se jette dans la mêlée.

Ceux qui en sortent indemnes sont les privilégiés, ils fourniront ensuite une brillante carrière.

D'autres fuient le champ de bataille souvent par le suicide. Un jour, on entend dire qu'un médecin de trente-cinq à quarante ans est mort subitement. Les camarades s'étonnent, vont aux informations et apprennent que le revolver a fait son œuvre.

D'autres enfin, plus conscients de leurs devoirs, restent sur la brèche mais demandent à la morphine l'aide dont ils ont besoin afin de pouvoir aller jusqu'au bout de leur tâche et subvenir aux besoins de la famille. Ce ne sont pas des vicieux, ce sont les victimes de l'état social actuel. Ils sont à plaindre beaucoup plus qu'à blâmer, car ils savent ce qui les attend dans l'avenir.

Témoin l'histoire de ce médecin qui aurait figuré parmi les notoriétés médicales de notre temps et qui dut demander à l'alcool, puis à l'éther la consolation d'échecs immérités.

Il n'eut pas le temps d'arriver jusqu'à la morphine, l'éther se chargea d'emporter le malheureux.

Rappelons en quelques lignes son histoire lamentable comme nous la reconte M. Regnard :

« Le Docteur X..., homme très connu, savant remar-

quable, venait d'être nommé médecin d'hôpital quand il dut affronter le concours d'agrégation. Ses épreuves furent, paraît-il, excellentes. Le Jury partageait l'avis de l'auditoire au point que le président, dans une conversation avec le candidat, lui laissa entendre que sa nomination était certaine. Malheureusement, les autres candidats n'étaient pas moins méritants. Ils étaient plus âgés, et par un revirement, comme on en voit ici-bas, à la dernière séance, quand on vota, le Docteur X... arriva le premier après ceux qu'on nommait.

En entendant ce résultat, il fut comme atterré, et son désespoir fut si intense que le bruit en arriva jusqu'au ministre d'alors qui appela le candidat malheureux, le consola de son mieux et lui confirma qu'au concours suivant, sa nomination était certaine.

Malheureusement le concours suivant ne venait que dans trois ans.

Le Docteur X..., tout en faisant son service, se mit à boire; ses amis, ses élèves le virent changer avec inquiétude, il passait du désespoir à des alternatives de gaîté exagérée. On fut bientôt certain qu'il s'enfermait pour s'enivrer seul. Aux liqueurs, il fit succéder l'éther. Il en respira, puis il en but. Il en vint à ce point d'être obligé quelquefois d'interrompre sa visite d'hôpital pour aller seul, dans le vestiaire des médecins, respirer le contenu de son flacon d'éther pour se remettre en état de continuer sa leçon.

Cette vie dura trois ans. Le concours arriva, le Docteur se présenta et ceux qui luttèrent avec lui racontent qu'il fit toutes ses épreuves sous l'excitation de l'éther. Il fut nommé, mais il ne put jouir longtemps de son triomphe. Il continua de se livrer à sa terrible passion et mourut quelque temps après dans la folie et l'abrutissement. »

Parmi les conséquences terribles que la morphinomanie entraîne pour le médecin qui s'y est adonné nous en signalerons une qui est encore peu connue.

On a remarqué, en effet, que les médecins morphinomanes ont une grande tendance à prescrire à leurs clients des alcaloïdes toxiques sans avoir à cet égard la réserve que commande la prudence habituelle dans ces cas. Kane rapporte que des médecins en traitement de suppression de morphine, lui ont avoué avoir eu ainsi des accidents dans leur clientèle, l'un avait empoisonné un malade avec de la strychnine et un autre avait tué un patient en lui pratiquant deux injections de six centigrammes de morphine chacune.

La statistique précédente nous montre, qu'après les médecins, ce sont les gens qui vivent dans leur entourage qui deviennent le plus facilement morphinomanes.

En premier lieu, nous rencontrons les femmes de médecins. Cela se comprend facilement et l'on s'étonne même qu'il n'y en ait pas davantage, étant donné le grand nombre de médecins morphinomanes.

En étudiant les symptômes du morphinisme, nous verrons qu'il a le fâcheux inconvénient de rendre impuissants ceux qui s'y adonnent.

Dans ces conditions, la vie conjugale est assez difficile ; aussi, pour trancher la difficulté, le mari cherche généralement à éteindre tout désir chez sa femme en la rendant morphinomane. Souvent il y réussit, comme nous le dirons un peu plus loin.

Les pharmaciens figurent aussi dans un bon rang. Mais cela leur est si facile d'avoir de la morphine qu'on est presque surpris qu'ils ne succombent pas plus souvent.

Les étudiants soit en médecine, soit en pharmacie, les infirmiers, les garçons de laboratoire, les religieuses, les femmes de pharmacien, les sages-femmes forment toute une catégorie où le morphinisme fait beaucoup moins de ravages qu'on ne serait tenté de le supposer, étant donnée la facilité qu'ont ces individus pour se procurer le poison...

Les négociants fournissent un chiffre assez élevé. Mais ceux qui viennent en première ligne après les médecins, ce sont les oisifs, les rentiers. Ce sont eux qui fournissent du reste le plus fort appoint à l'armée des viveurs qui complètent souvent par le morphinisme la série des débauches auxquelles ils se livrent habituellement.

Il en est de même pour les femmes du monde chez qui fleurit surtout la morphinomanie passionnelle. Notre statistique nous donne aussi, pour elles, un très fort chiffre pour le morphinisme thérapeutique, ce qui prouve qu'il faut, dans la pratique médicale, être très réservé en fait d'injections de morphine lorsqu'on soigne cette catégorie de malades. Bien qu'elles soient oisives elles sont cependant loin d'être inoccupées, car elles ont à remplir des obligations de toute nature, qui créent pour elles un véritable surmenage. La vie à toute vapeur! l'atmosphère surchauffée dans laquelle nous vivons, voilà les grandes causes de morphinomanie du haut en bas de l'échelle sociale.

La femme du monde, nous le disions, en est une des premières victimes. Il faut qu'elle soit nuit et jour à ses obligations mondaines, et rarement elle a une nuit complète pour se reposer. Le lendemain il ne faut pas que la fatigue de la veille apparaisse, il faut avoir le teint frais, les yeux animés, l'esprit en éveil : alors la morphine est là...

Et l'homme d'État, le ministre moderne qui, en dehors de l'expédition des affaires de l'État, doit fournir un travail cérébral énorme auquel viennent s'ajouter les luttes de la tribune et la dépression morale inévitable qu'entraînent les attaques des partis, dans lesquels il voit souvent son honorabilité mise en doute.

Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'avant d'engager le combat, il demande à la morphine l'arme supplémentaire dont il a besoin!

Le monde militaire fournit également un contingent assez fort. Les auteurs allemands ont remarqué que la guerre de 1870 avait contribué à augmenter beaucoup la proportion des morphinomanes parmi les officiers.

Ceux-ci se piquaient pour s'aider à supporter les fatigues de la campagne qui fut très rude. Outre la fatigue physique, il faut aussi faire entrer en ligne de compte les déboires du métier, les injustices des supérieurs, l'arrêt de l'avancement, les punitions non méritées et toutes ces causes qui ne laissent pas de conséquences sur des organismes bien équilibrés mais qui, chez les autres, entraînent à chercher la consolation dans l'alcool, dans la morphine ou dans tout autre poison qui fait oublier...

L'oubli des misères et des injustices du monde! C'était bien cela qu'était venue demander à la morphine cette pauvre duchesse morte à vingt-cinq ans, dans la misère, abreuvée d'outrages et abandonnée des siens.

Les gens de lettres sont souvent des adeptes de la morphine. Nous ne les trouvons pas mentionnés sur nos statistiques, car ce sont des passionnels, des surmenés. En dehors des ouvrages de longue haleine tels que romans ou pièces de théâtre, ils ont à fournir l'article quotidien au journal dont ils sont collaborateurs, souvent aussi des articles aux revues mensuelles. La vie parisienne leur prend une grande partie de leur temps. Il leur faut donc combiner à la fois le plaisir et le travail intellectuel. Aussi combien d'entre eux sont-ils obligés de demander à la morphine la dose d'esprit qui leur permet de soutenir leur réputation. Et cependant ils savent bien ce qui les attend plus tard!

D'autres demandent à la morphine l'inspiration, ce sont surtout les poètes, les musiciens. Wagner était de ces derniers. Redwitz, qui s'est fait en Allemagne la réputation d'un grand poète, se livrait à la

morphine. Dernièrement, un jeune poète d'avenir, Dubus, mourait subitement dans un urinoir, la seringue de morphine à la main.

Et combien d'autres dont il serait trop long de citer les noms et qui pourraient figurer dans ce martyrologe de la morphinomanie.

L'atelier fournit aussi un bon nombre de recrues. L'ouvrière parisienne connaît tous les dessous de la vie. Elle côtoie le vice sous toutes ses formes. Elle le pratique elle-même en fournissant à la prostitution clandestine un large appoint.

Lorsque l'une d'elles se morphinise elle fait à ses camarades le récit des voluptés de la morphine, de l'intensité des plaisirs charnels qu'elle procure et bientôt tout l'atelier veut en prendre sa part.

Parmi les hommes, c'est encore l'action aphrodisiaque qui entraîne la plupart à se morphiniser. Mais l'ouvrier qui doit fournir une fatigue physique appréciable se rend bien compte que ses forces sont augmentées, et qu'au moment voulu, il pourra faire l'effort nécessaire. Il y a donc double avantage pour lui. Facilité plus grande pour le travail et ardeur plus grande pour le plaisir. Aussi fait-il facilement des prosélytes.

Il ne faut donc pas s'étonner que dans cette catégorie sociale, le morphinisme recrute beaucoup d'adeptes. Ceux-ci ont toutefois une excuse, c'est qu'ils ne connaissent pas les conséquences inévitables d'un usage habituel de la morphine.

Ce sont des vicieux sans le savoir. Les classes supérieures de la société n'ont du moins pas cette excuse.

Age.

		Pour 100.
Au-dessous de 20 ans	6	1,8
De 20 à 25 ans	30	9,2
De 25 30 —	68	20,9
De 30 35 —	76	23,4
De 35 40 —	62	16,0
De 40 45 —	29	8,9
De 45 50 —	15	4,6
De 50 60 —	23	7,0
De 60 70 —	11	3,3
De 70 80 —	3	0,9
De 80 90 —	1	0,3
	324	

La statistique nous montre que la plus grande fréquence de la morphinomanie est de vingt-cinq à quarante ans. C'est, en effet, à cette période de la vie que l'individu, arrivé à l'âge mûr, est exposé à toutes les luttes et, par suite, à tous les déboires qui font rechercher des consolations artificielles.

Pour la femme c'est également la période où elle entre dans la vie comme femme mariée et comme mère de famille. A côté des joies que procurent ces états sociaux, ils apportent souvent avec eux bien des amertumes.

Ils sont aussi le point de départ de bien des affections pelviennes que le médecin chercher à calmer par la morphine.

Les autres périodes de la vie ne présentent rien de particulier.

Nous appellerons cependant l'attention sur l'existence du morphinisme dans la vieillesse.

Morphinisme des vieillards. — Dans notre statistique, nous relevons plusieurs cas de morphinisme chez des vieillards de soixante-dix à quatre-vingt-dix ans.

On enseigne cependant que les vieillards sont, comme les enfants, très susceptibles à l'opium; il semblerait donc que cet antique précepte de thérapeu-

tique demanderait à être revisé. Mattison, en effet, estime que, chez les gens qui ont dépassé soixante-cinq ans, un usage modéré de l'opium est plutôt salutaire et permet de prolonger leur vie en exerçant à leur profit une véritable action prophylactique à l'égard des maladies inflammatoires. Dans ce cas, il serait préférable de donner de l'opium brut bien plutôt que la morphine, qui leur est préjudiciable. Il rapporte avoir connu un homme de cent onze ans qui était opiophage depuis soixante-dix ans. Le pronostic de la morphinomanie de la vieillesse est bien meilleur que celui de l'âge mûr, en ce sens que les vieillards sont bien moins exposés aux récidives, qu'ils peuvent consacrer tout le temps nécessaire à leur guérison complète et qu'ils peuvent s'entourer ensuite de toutes les conditions de vie compatibles avec l'hygiène qui leur convient.

Doses quotidiennes maxima.

		Pour 100.
Au-dessous de 10 centigrammes..........	52	8,9
De 10 à 30 —	85	14,90
De 30 à 50 —	80	14,00
De 50 centigr. à 1 gramme...............	144	25,30
De 1 gr. à 1 gr. 50....................	72	12,60
De 1 — 5 à 2 —.....................	45	9,90
De 2 — à 3 —.....................	56	9,80
3 —.....................	15	2,60
4 —.....................	11	1,90
5 —.....................	5	0,80
6 —.....................	1	0,17
7 —.....................	0	
8 —.....................	0	
9 —.....................	1	0,17
9 — 60...................	1	0,17
10 —.....................	1	0,17
12 —.....................	1	0,17
Total.........	569	

La statistique nous apprend que la dose la plus habituelle est de 50 centigrammes à 1 gramme. C'est,

en effet, la dose que l'on a l'habitude de considérer comme celle du vrai morphinomane. Au-dessous de cette dose, on n'a affaire qu'à des débutants ou qu'à des individus qui ont l'heureuse chance de ne pas être obligés d'augmenter rapidement les doses. Nous appellerons l'attention sur le nombre élevé de ceux qui prennent des doses supérieures à 1 gramme. Quant aux doses de 9, 9,60 10 et 12 grammes, nous n'y ajouterions pas foi si elles n'avaient été observées par des médecins tels que Pichon, Erlenmeyer et Barber, dont l'honorabilité est au-dessus de tout soupçon.

Nous serions même amené à penser avec Crothers qu'au delà d'une certaine dose il se fait une sorte de saturation chimique et que la morphine reste alors inerte.

Durée du morphinisme à l'époque de l'observation.

		Pour 100.
Moins d'un an.	12	4,4
1 an.........	25	9,2
2 —	44	16,2
3 —	33	12,2
4 —	35	12,9
5 —	29	10,7
6 —	21	7,7
7 —	14	5,1
8 —	13	4,8
9 —	3	1,2
10 —	14	5,1
A reporter :	243	
Report :	243	Pour 100.
11 ans.........	2	0,7
12 —	4	1,4
13 —	2	0,7
14 —	7	2,5
15 —	2	0,7
17 —	2	0,7
18 —	1	0,35
20 —	2	0,7
30 —	1	0,35
35 —	2	0,7
40 —	2	0,7
Total....	270	

Nous relevons dans cette statistique quelques chiffres intéressants. Par exemple, nous voyons que les individus qui viennent se soumettre à un traitement ne sont morphinomanes le plus souvent que depuis deux à quatre ans. A côté de cela nous en trouvons qui ont conservé leur intoxication pendant quinze, vingt, trente et même quarante ans.

Cela prouve que si le morphinisme produit souvent

des effets désastreux sur la santé, il lui arrive quelquefois de permettre à l'individu de vivre très longtemps.

Nature des affections qui ont nécessité le plus souvent les injections de morphine.

Névralgies.
Gastralgie.
Rachialgie.
Odontalgie.
Sciatique.
Affections utérines.
Hystérie.
Péritonite.
Dyspnée.
Asthme.
Phtisie.
Pleurodynie.
Palpitations.
Douleurs rhumatismales.
Otites.
Ataxie locomotrice.
Prostatite.
Tics douloureux.
Périostite.
Cystite.
Orchite.
Goutte.
Hémorroïdes.
Cancer.
Chagrins.
Coliques hépatiques.
— néphrétiques.

On voit par cette énumération que le morphinisme thérapeutique est toujours la conséquence d'une intervention médicale dont le but a été de calmer l'élément douleur.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU MORPHINISME

Sommaire. — Système nerveux. — Système circulatoire. — Système digestif. — Système cutané.

Les lésions que produit le morphinisme chronique dans les différents organes sont encore peu connues en raison du petit nombre d'autopsies que l'on a eu l'occasion de pratiquer jusqu'à présent. Néanmoins les recherches histologiques faites en France par Pilliet et en Russie par Tschycz sur des chiens morphinisés, ont permis d'avoir une notion très précise sur la nature intime des lésions qui affectaient les différents tissus. Celles-ci sont constituées par de la dégénérescence graisseuse qui ne présente rien de spécial au morphinisme. C'est cette même lésion de tissu qu'on trouve dans d'autres empoisonnements.

Système nerveux. — Andrews a trouvé l'arachnoïde opaque et épaissie sur l'hémisphère droit, tandis que sur l'hémisphère gauche il y avait une mince couche de pus dans l'espace sous-arachnoïdien. Les plexus choroïdes renfermaient de nombreux petits kystes remplis de sérosité.

Le cerveau est œdématié et il existe un léger degré de congestion du bulbe et de la pie-mère (Ball). Schwe-

ninger y a constaté de la congestion avec de véritables foyers hémorragiques.

Toutes ces lésions n'ont rien de bien caractéristique.

Cependant les dissociations de l'écorce cérébrale faites par Binz et Kochs et les myélites expérimentales de Tschycz paraissent établir que la morphine peut déterminer des lésions visibles des éléments nerveux.

En morphinisant des chiens et en examinant ensuite au microscope les éléments nerveux Pilliet a constaté, dans le cerveau, des corps granuleux très abondants sur la limite de la substance blanche, corps granuleux qui se prolongeaient en amas dans la couronne rayonnante. Dans la substance grise, la couche névroglique externe et la couche des petites cellules paraissaient normales, mais la couche des grandes cellules montrait une diminution considérable de ces éléments, diminution surtout frappante quand on compare avec les coupes d'un cerveau normal où ces cellules sont très abondantes.

Tschycz a également morphinisé des chiens et a examiné leur moelle, où il a relevé les lésions suivantes :

Les cellules sont très altérées et présentent trois types de lésions : la tuméfaction trouble, la vacuolisation, la dégénérescence purement granuleuse. La tuméfaction trouble semble appartenir plutôt à l'empoisonnement aigu, la vacuolisation à la forme chronique. Elle est constituée au début par une raréfaction du protoplasma de la cellule :

A la longue, le noyau disparaît et les prolongements s'effacent. Il y a hypérémie marquée des vaisseaux médullaires.

Les noyaux des cellules sont augmentés de volume et de nombre. Au voisinage des vaisseaux, dans la substance grise seulement, il se produit des amas de globules rouges et de petites masses homogènes d'une

exsudation plasmatique, à la pression desquels on peut attribuer l'altération des éléments nerveux voisins. Il est possible que ces exsudations se produisent par suite d'une altération des vaisseaux causée par l'irritation que produit sur leurs parois le contact du poison, circulant dans le sang (Régnier).

Déjérine a signalé l'existence d'une névrite périphérique dont l'origine morphinique semble devoir être admise.

Système circulatoire. — *Cœur.* — On trouve une surcharge graisseuse considérable. Le myocarde est pâle et au microscope on voit une altération graisseuse de ses fibres (Ball). Schweninger a toujours constaté l'hypertrophie du ventricule gauche et la dilatation du ventricule droit ainsi que de l'artère pulmonaire.

Il a pris les dimensions des ventricules chez des individus sains et chez des morphiniques et il a trouvé les chiffres suivants :

	Normale.	Morphinique.
	en centimètres.	
Cavité ventriculaire gauche.........	9,710,5	= + 0,8
Périmètre de l'aorte...............	7,8	7,6 = + 0,2
Épaisseur du ventricule gauche.....	1,6	1,8 = + 0,2
Cavité ventriculaire droite..........	9,9	11,6 = + 1,7
Périmètre de l'artère pulmonaire....	8,1	9,2 = + 1,1
Épaisseur du ventricule droit.......	0,6	0,8 = + 0,2

Hirschfeld a constaté dans deux cas la dégénérescence graisseuse des fibres cardiaques.

Système digestif. — *Foie.* — On trouve de la dégénérescence graisseuse au microscope, la stéatose est des plus manifeste. Les coupes du tissu hépatique sont opaques et luisantes. Pilliet a pu par des coupes successives reconstituer la marche de la lésion. Il se produit d'abord une stéatose intra-cellulaire qui est d'aspect égal sur toute la surface des lobules. Puis la graisse se collecte en gouttelettes sur toutes les cellules qui avoisinent la veine sus-hépatique et il en résulte

un état marbré du foie. Sur d'autres points il n'y a plus que des îlots autour des veines-portes qui ne soient pas composés de cellules distendues par de la graisse. Encore ces îlots irréguliers présentent-ils des cellules remplies de fines gouttelettes de graisse et leur périphérie offre-t-elle toutes les transitions entre celles-ci et les autres.

Les cellules prismatiques de la vésicule biliaire sont remplies de globules graisseux dans presque toute leur hauteur. Il n'y a nulle part trace d'une infiltration embryonnaire ou d'un processus irritatif du tissu conjonctif.

En somme, il y a une stéatose qui débute par des gouttelettes émulsionnées au milieu du cytoplasma, puis qui se collecte en une goutte unique. Cette stéatose débute d'abord loin des vaisseaux portes et envahit bientôt tout le foie.

Système cutané. — La peau est parsemée de cicatrices ovales, luisantes, de dimension variable.

Le pannicule adipeux présente un état spécial qui ne ressemble à aucune autre lésion. Pilliet a trouvé, au microscope, les travées conjonctives épaissies et infiltrées d'éléments nouveaux. Les lobules adipeux ont subi une sorte de vacuolisation toute particulière. Ils sont transformés en un grand nombre de cavités assez petites contenant en leur centre un liquide. Autour de ce liquide on voit une sphère de graisse, incluse elle-même dans une couche de protoplasma parsemée de noyaux très abondants. Ce tissu adipeux présente donc les caractères de l'inflammation suraiguë jointe à une vacuolisation qui en change tout à fait l'aspect.

En somme on trouve dans les différents organes une lésion uniforme, c'est la stéatose. On la rencontre également dans d'autres intoxications, elle n'a donc rien de spécial au morphinisme, comme nous le disons plus haut.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CHIMIQUE DU MORPHINISME

Sommaire. — Altérations des solutions. — Transformation de la morphine dans l'organisme. — Recherche de la morphine dans l'urine.

A. — Altération des solutions.

On sait qu'un des accidents les plus fréquents, chez les morphinomanes, c'est la formation d'abcès. Nous avons signalé, dans un autre chapitre, comme une des causes de ceux-ci, les impuretés contenues dans le liquide servant aux injections. Nous allons donc les examiner en détail, en indiquant les moyens de les reconnaître.

Les solutions préparées avec des sels de morphine et une eau distillée complètement purs, conservées à l'abri de la lumière et des poussières dans des flacons stérilisés, sont inaltérables. Lamal a insisté avec raison sur ce principe et a signalé les différentes causes qui pourraient intervenir pour altérer les solutions de morphine. Nous allons les résumer, d'après lui, d'une façon très succincte.

C'est aux altérations et falsifications du produit qu'on doit attribuer le développement des impuretés qui s'y

développent, ou qui y existent, telles que microbes, germes vivants, sels minéraux, sels ammoniacaux, sucre.

1° *Germes.* — La morphine est exposée à l'air vicié des ateliers où se manient de grandes quantités de matières organiques, si bien qu'un grand nombre de sels de morphine ne donnent jamais de solutions claires dès le début et que, dans bien des cas, on peut y déceler au microscope des spores et des mycelium de champignons.

2° *Eau distillée.* — Elle est contaminée la plupart du temps par des ferments.

3° *Substances minérales.* — Celles-ci se trouvent dans la morphine comme produits d'impureté de fabrication. Elles favorisent le développement rapide des microbes. En effet, la morphine et les alcaloïdes en général, sans être fermentescibles, peuvent fournir leur carbone et leur azote aux champignons et aux bactéries. Ceux-ci trouveront donc dans les solutions de morphine renfermant des traces de substances minérales tout ce qu'il faut à leur multiplication. Cette expérience est facile à faire.

Il suffit d'ajouter 5 milligrammes de phosphate bipotassique et de sulfate de magnésie à une solution de morphine restée claire pendant longtemps, on y constate rapidement un grand développement de bactéries.

Pour obtenir une solution stable, il faut se servir d'eau distillée, soigneusement redistillée et stérilisée, ainsi que le flacon, et d'un sel de morphine complètement pur. En conservant à l'abri de la lumière, on peut s'en servir pendant une à deux semaines.

4° *Lumière.* — Des solutions pures abandonnées à la lumière manifestent au bout de quelques semaines une coloration jaune qui se fonce graduellement jusqu'au brun.

Elle est due à une substance d'un brun rougeâtre,

amorphe, soluble dans l'eau, les acides et les alcalis (ceux-ci lui donnent une coloration plus foncée), insoluble dans l'alcool. C'est un corps analogue à celui décrit par E. Marchant sous le nom de *morphétine* amorphe et qu'on obtient en soumettant la morphine aux agents oxydants.

5° *Cristaux.* — Ils apparaissent de la quatrième à la septième semaine. S'ils ne sont pas visibles, il suffit d'agiter le flacon pour les faire précipiter rapidement. Ils se produisent plus rapidement dans les solutions diluées que dans les solutions concentrées.

Au microscope, ils se présentent sous forme de prismes droits à base rectangulaire, légèrement jaunâtres et brillants. Ils sont insolubles dans l'eau froide ou bouillante.

L'acide chlorhydrique les entame à froid et les dissout à chaud pour les régénérer par refroidissement.

Les nouveaux cristaux, de même que les cristaux primitifs, sont insolubles dans l'alcool froid ou chaud, mais facilement solubles en présence de l'ammoniaque. En chassant cet alcali par la chaleur, ils reparaissent sous forme de précipité farineux.

Celui-ci, après plusieurs lavages à l'eau et à l'alcool, donne les colorations suivantes :

Avec le chlorure ferrique = bleue

Avec l'acide sulfurique concentré à froid = incolore.

Avec l'acide sulfurique concentré à chaud = beau vert olive.

Réactif de Fröhde = bleu intense, devenant rapidement vert sale et, à chaud, vert olive.

En présence d'impuretés, notamment de la morphine, la coloration est bleue, grisâtre ou violet et très fugace ; mais, en tout cas, la coloration vert olive apparaît très facilement par la chaleur, à condition que la morphine ne soit pas trop abondante.

Ces colorations sont l'indice de l'existence de l'*oxyde de morphine.*

Réaction acide. — Elle est due à la morphétine et à l'oxyde de morphine.

Il ne se forme pas d'apomorphine.

B. — Transformations de la morphine dans l'organisme.

On n'est pas actuellement fixé sur la façon dont la morphine se comporte dans l'organisme.

Orfila, Barnell, Gscheidlen, Kuzmann, Bouchardat, Lefort, Draggendorff, Marmé soutiennent qu'elle passe dans l'urine à l'état de morphine inaltérée.

Lassaigne, Christison, Erdmann, Clotta, Buchner, Taylor, Landsberg, Burkart, Vogt, Hager, Eliassow ont administré la morphine par l'estomac, par le tissu cellulaire et par les veines. Ils ont constaté qu'à la suite de l'ingestion stomacale, une partie est absorbée et passe dans le sang, tandis que l'autre partie est éliminée par l'intestin. Dans les autres cas, elle est complètement absorbée. Dans aucun de ces modes d'administration, on ne peut déceler la morphine ni dans l'urine, ni dans le sang, ni dans le tissu cellulaire.

Landsberg admet que le sang possède la propriété de modifier d'assez fortes quantités d'alcaloïde et que c'est seulement quand cette faculté est épuisée pour une quantité donnée que l'excès passe dans l'urine sans être modifié.

D'après cette hypothèse, il résulterait que les quantités de morphine introduites dans l'organisme n'auraient aucune influence sur le résultat de la recherche et que tout dépendrait de la faculté d absorption du sang.

Stolnikow admet la transformation de l'alcaloïde dans l'organisme et l'explique de la façon suivante : La morphine a pour formule $C^{17}H^{18}AzO^{2}(HO)$. Il considère que le caractère propre à cette substance, c'est la

présence dans sa constitution du groupe hydroxyle (HO); c'est à la présence de cet hydroxyle que la morphine devrait, selon lui, son action narcotique et ses vertus toxiques.

Après avoir examiné toutes les théories proposées il admet que la morphine se transforme en acide morphin-sulfonique. Il a reconnu, en effet, qu'en cherchant la morphine par le procédé de Draggendorff dans les mêmes urines, d'une part directement, d'autre part après avoir chauffé l'urine avec de l'acide chlorhydrique pour décomposer les acides sulfo-conjugués, cette dernière portion donnait toujours les réactions de la morphine, tandis que celles-ci manquaient souvent avec le procédé direct.

Il a pu, à l'aide de l'alcool amylique, extraire en nature l'acide morphin-sulfonique. Il a également trouvé les réactions caractéristiques de la présence de cet acide dans la salive d'un étudiant qui prenait tous les jours 0,50 de morphine en lavement (Régnier).

Cette théorie très séduisante, de prime abord, demanderait à être confirmée. D'autre part, Lamal a démontré qu'au contact du sang oxygéné, la morphine s'oxydait et se transformait en oxyde de morphine, en morphétine (amorphe) et qu'une partie restait à l'état de morphine non modifiée.

Il se fait, en somme, au contact de l'oxygène du sang, la même transformation que celle qui a lieu dans les solutions de morphine anciennes.

Les recherches de Lamal sont d'autant plus précises qu'il a décrit un procédé permettant de déceler à la fois l'oxyde de morphine et la morphine non altérée.

Cela permet d'expliquer comment il se fait que certains expérimentateurs ont trouvé de la morphine dans l'urine, tandis que d'autres ne l'y ont pas rencontrée. Ces derniers ont opéré sur des malades qui transformaient toute leur morphine en oxyde de morphine. Ce qui explique pourquoi, n'obtenant pas les

réactions caractéristiques de la morphine, ils concluaient à son absence.

Cette théorie de la transformation de la morphine a été établie de la façon la plus claire par Marmé, dans les expériences qu'il a entreprises sur les animaux.

Après avoir morphinisé des chiens pendant un certain temps, il a pu trouver, dans les poumons et dans le foie, une substance existant en petite quantité, donnant toutes les réactions de l'oxyde de morphine ($C^{34}H^{36}N^2O^6 + 3H^2O$). Si l'on injecte cet oxyde de morphine à la dose de 5 centigrammes par kilog d'animal, les animaux ne tardent pas à présenter des phénomènes d'asphyxie. Si l'on se borne à injecter de petites doses d'une façon progressive, en commençant par quelques milligrammes, les animaux continuent à vivre et même supportent des doses de poison proportionnellement très élevées, jusqu'à 12 centigrammes par kilog. Mais alors apparaissent des symptômes d'intoxication très remarquables. Déjà, à la dose de 2 milligrammes, on observe de la toux et des vomissements. Des doses plus élevées donnent lieu à des mouvements péristaltiques avec borborygmes et évacuations parfois sanguinolentes. En même temps le pouls s'accélère, la pression sanguine s'abaisse par suite de la dilatation des vaisseaux périphériques.

Nous retrouvons plus tard tous ces symptômes parmi ceux qui caractérisent l'abstinence de la morphine, ce qui nous permettra de donner l'explication réelle de la production de ces phénomènes parfois si terribles.

Il s'agit donc actuellement, lorsqu'on veut déceler la présence de la morphine dans l'urine, de savoir par quels procédés on peut y arriver et surtout à déceler l'oxyde de morphine.

C. — Recherche de la morphine dans l'urine.

Réactifs permettant de déceler la présence d'un alcaloïde.

a. — Réactif de Meyer.

Pour 1 litre.

Bichlorure de mercure..................	13,546
Iodure de potassium....................	49,800
Eau....................................	9,5 pour un litre.

En versant ce réactif dans l'urine, si celle-ci contient des alcaloïdes, il se forme un précipité blanc.

b. — Réactif de Bouchardat.

Iode..................................	10	grammes.
Iodure de potassium...................	20	—
Eau...................................	500	—

Il précipite les alcaloïdes en brun, kermès ou marron.

c. — Réactif de Draggendorff.

Iodure double de potassium et de bismuth en solution aiguisée par l'acide sulfurique.

Il précipite les alcaloïdes.

d. — Réactif de Marmé

Iodure double de potassium et de cadmium.

Précipité blanc floconneux.

e. — Réactif de Hessler.

Iodure double de mercure et de potassium.

Précipité blanc jaunâtre.

f. — *Réactif de Fröhde.*

Acide sulfurique......................	100 cent. cubes.
Molybdate de soude..................	1 centigr.

Belle coloration violette.

g. — *Réactif de Husemann.*

Mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique.

Coloration jaune.
Il est sensible à 5 centièmes de milligramme.

h. — *Perchlorure de fer.*

Réaction violette.

i. — *Chlorure de fer libre d'acide chlorhydrique.*

Coloration bleue avec 3 dixièmes de milligramme.

j. — *Acides sulfurique et molybdique.*

Réagissant avec 1 dixième de milligramme.

k. — *Perchlorure d'or.*

Précipité jaune qui tire au violet.

l. — *Acide iodique* (solution faible).

Il se fait une décomposition.
L'iode mis en liberté bleuit le papier d'amidon.
Quand on expérimente avec l'urine brute pour y déceler la morphine qui peut y être dissoute, on obtient les résultats suivants : *Perchlorure de fer étendu* : Aucune réaction au-dessous de 5 milligrammes de morphine; au-dessus de ce chiffre, coloration bleue.

Réactif de Husemann, sensible à 2 milligrammes.

Acide iodique et sulfure de carbone...... 1 milligramme.

Procédé de Lama. — On place quelques gouttes du liquide dans une capsule avec une quantité égale d'une solution d'acétate d'urane de la formule suivante :

Acétate d'urane	0,03
— de soude	0,02
Eau	10 c. c.

et l'on obtient immédiatement une couleur rouge brillante.

L'auteur prétend qu'on peut déceler 0 gr. 000 005 de morphine ou d'oxyde de morphine.

J'ai expérimenté ce procédé et je n'ai jamais obtenu les résultats énoncés, même en me servant d'une solution de morphine, je n'ai pas pu produire la réaction indiquée.

Procédé de Bruneau. — Ce procédé permet d'éviter les erreurs qui se produisent quand l'urée et les acides biliaires passent avec l'alcaloïde dans les dissolvants. Ces acides surtout exposent à des appréciations fausses, car ils donnent avec le réactif de Fröhde la même coloration que la morphine.

On filtre l'urine et on l'additionne d'une certaine quantité d'acide tartrique (0,15 p. 100).

On mélange intimement avec trois fois son volume d'alcool amylique. Le mélange est maintenu quelque temps à 5° ou 7° et on décante alors la solution amylique de tartrate de morphine. On peut répéter ce traitement plusieurs fois. Les liqueurs alcooliques sont réunies et additionnées d'eau ammoniacale qui a pour but de décomposer le tartrate d'alcaloïde seul en dissolution dans l'alcool amylique. Il n'y a qu'à évaporer le dissolvant pour avoir un résidu de morphine.

Procédé de Draggendorff. — On commence par concentrer l'urine en consistance sirupeuse. On la traite par l'alcool pour enlever tous les sels, puis l'alcool est évaporé.

Pour éliminer l'urée, on traite le résidu par l'eau

chaude et on y ajoute ensuite de l'alcool amylique qu'on agite avec lui.

La morphine se sépare alors du résidu ammoniacal qu'on traite de nouveau par l'alcool amylique pour enlever les dernières traces de morphine.

Les deux liqueurs alcooliques sont réunies, évaporées et le résidu est soumis à l'action des réactifs.

Cette méthode est extrêmement sensible et permet de constater la présence de 15 milligrammes d'alcaloïde dans l'urine des vingt-quatre heures. Mais elle est d'une exécution longue et minutieuse et il faut la réserver pour les cas où la dose de morphine prise par le malade est peu considérable.

Réactif de Vrij. — Phospho-molybdate de soude.

On acidule l'urine avec de l'acide chlorhydrique et en y versant quelques gouttes de ce réactif on obtient un précipité soluble dans l'ammoniaque et la liqueur prend une coloration verte si elle contient de la morphine, de la codéine ou de la bruccine.

Procédé de Bartley. — On alcalinise l'urine avec du carbonate de soude. On y ajoute du chloroforme, on agite fortement et on laisse reposer, on décante et on ajoute une petite quantité d'acide iodique. S'il y a de la morphine, on voit apparaître une teinte violette.

Procédé de Notta. — On défèque l'urine par le sous-acétate de plomb qui fournit un abondant précipité qui contient les sulfates, les chlorures, les phosphates et les urates. On filtre, et le liquide qu'on obtient contient la morphine à l'état d'acétate et un excès d'acétate de plomb que l'on précipite en ajoutant goutte à goutte l'acide sulfurique à 1 pour 1000 jusqu'à ce qu'il ne se fasse plus de précipité.

On filtre de nouveau et le filtrat additionné d'un excès d'ammoniaque est vivement agité pendant plusieurs minutes avec 1 dixième d'alcool amylique qui se sépare, par le repos, entraînant la totalité de la morphine. On précipite alors cette morphine à l'état

de sulfate, par de l'eau additionnée d'acide sulfurique, on la reprend par l'alcool amylique d'où l'on peut enfin la séparer définitivement par évaporation. Il ne reste plus alors qu'à la peser et à la caractériser par les réactions ordinaires.

Procédé de Lamal permettant de déceler la morphine et l'oxyde de morphine. — L'urine, additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, est évaporée à 1 cinquième par petites portions, au feu nu, en empêchant l'ébullition. La réduction est ensuite poussée à 1 vingtième au bain-marie. La liqueur fortement acidulée est mise au repos pendant douze heures dans un lieu frais et obscur. On neutralise la plus grande partie de l'acide au moyen de la soude caustique et l'on continue l'évaporation au bain-marie aussi loin que possible en ajoutant à la fin du sable bien pur. Le résidu est repris et lavé à l'alcool ammoniacal.

On opère de façon à recueillir après filtration 25 c. c. d'alcool par litre d'urine.

En opérant ainsi on est sûr d'enlever avec la morphine tout l'oxyde de morphine qui n'est, en effet, soluble dans l'alcool qu'en présence de l'ammoniaque.

La solution alcoolique, après avoir été acidulée par l'acide chlorhydrique, est évaporée au bain-marie jusqu'à ce que le tout se prenne en masse par refroidissement.

Arrivé à ce point, on introduit le tout dans un flacon d'environ 300 c. c. de capacité et l'on agite vivement avec de l'alcool amylique fortement ammoniacalisé.

On fera bien de chauffer de temps en temps le vase avec de l'eau chaude afin de favoriser la dissolution et d'empêcher l'agglomération de l'urée. Quand, par le repos, les deux couches se sont nettement séparées, on décante et on filtre au besoin l'alcool amylique. Ces opérations sont renouvelées trois ou quatre fois.

Dans la solution amylique on peut rencontrer la

morphine, l'oxyde de morphine, des quantités d'urée relativement petites et d'autres principes de l'urine.

On agite ensuite la liqueur amylique avec de l'eau additionnée d'acide chlorhydrique, de cette façon les alcaloïdes passent à la solution aqueuse à l'état de chlorhydrates, tandis que les impuretés demeurent dans le dissolvant alcoolique. Pour purifier complètement la couche aqueuse, on l'évapore et on reprend le résidu avec de l'alcool amylique fortement ammoniacal.

On obtient ainsi une solution amylique et une solution aqueuse.

Si les opérations ont été bien conduites, on obtient, après l'évaporation de l'alcool, un résidu presque blanc, qui peut contenir de la morphine et de l'oxyde de morphine.

Pour séparer les deux alcaloïdes on humecte le résidu avec une goutte d'HCl et quelques gouttes d'eau, on évapore au bain-marie et les chlorhydrates des alcaloïdes sont mis à digérer dans la capsule avec 2 à 3 c.c. d'alcool de vin concentré.

Au bout de quelques minutes, on décante avec précaution et on lave encore avec 2 c.c. d'alcool vinique.

Dans les liqueurs alcooliques on recherche la morphine.

L'oxyde de morphine et ses sels étant insolubles dans l'alcool se retrouvent dans le résidu.

Recherche de la Morphine dans le sang.

Procédé de Grenouillet. — On place le sang dans un mortier de verre, on le lave à l'alcool absolu et on le triture avec de l'alcool à 97°. Le tout est ensuite versé dans un flacon et agité à plusieurs reprises. Après un contact de quelques heures, on le jette sur un filtre Berzélius lavé préalablement à l'alcool absolu. Le résidu resté sur le filtre a été lavé à l'alcool absolu, ce nouvel alcool réuni au premier filtratum.

Le produit de lixiviation, d'une part, après addition de 75 centigrammes d'acide tartrique chimiquement pur, a été placé à l'étuve à 70°. D'autre part, le résidu du filtre, additionné lui-même de 75 centigrammes d'acide tartrique chimiquement pur, est placé à l'étuve à 70° dans un matras préalablement lavé à l'alcool absolu.

Après séjour à l'étuve, pendant une heure, et agitations répétées, le produit de filtration sur un Berzélius lavé à l'alcool absolu des deux matras a été réuni, les filtres et résidus lavés à l'alcool à 97°.

Le liquide alcoolique filtré, ainsi obtenu, est coloré en jaune un peu foncé.

On évapore le liquide sous une cloche dans le vide à l'aide d'une trompe, l'appareil étant exposé à une température de 22°.

Après évaporation de l'alcool, la solution aqueuse obtenue présente de petits amas ronds de matière consistante mucilagineuse, nageant dans une faible couche de liquide aqueux.

Le tout est jeté sur un filtre Berzélius et lavé à plusieurs reprises avec de petites quantités d'eau distillée sur du permanganate de potasse.

Le produit de filtration obtenu est placé sous une cloche au-dessus d'une coupelle d'acide sulfurique. On obtient ainsi un nouveau résidu très légèrement coloré en jaune.

Ce résidu, repris par de l'alcool absolu et froid, donne après filtration un liquide presque incolore qu'on laisse évaporer à la température ordinaire.

Après évaporation de la partie alcoolique, il reste un résidu acide très peu abondant et presque incolore.

Ce résidu, dissous dans une faible quantité d'eau distillée pure, est jeté sur un filtre. Après quelques lavages du filtre à l'eau distillée, la solution aqueuse obtenue est placée dans un flacon bouché, préalable-

ment lavé à l'alcool absolu. Ce liquide est traité par le bicarbonate de potasse chimiquement pur, jusqu'à cessation d'effervescence.

A ce moment, le liquide est traité par cinq fois son volume d'éther pur à 6 0/0. Après agitations répétées et repos, l'éther vient surnager à la surface du liquide aqueux.

Quand il est devenu limpide, il est décanté, placé dans une capsule de verre et laissé à l'air libre.

Dans ces conditions, après évaporation de l'éther, on obtient un très léger résidu blanc, qui, à l'œil, semble amorphe, mais qui, au microscope, laisse distinguer la forme prismatique.

On soumet ensuite ce résidu aux diverses réactions qui permettent de le caractériser comme étant constitué par de la morphine.

CHAPITRE V

PHYSIOLOGIE COMPARÉE DU MORPHINISME

Sommaire. — Morphinisme chez le singe, le chien. — Le rat blanc. — Le chat. — Le cheval.

L'étude du morphinisme chronique dans la série animale présente d'assez grandes difficultés. Elle a cependant été entreprise et conduite avec succès; principalement dans ces dernières années.

Avant d'avoir les résultats très précis et tout à fait scientifiques des expérimentateurs, nous connaissions les observations qu'avaient faites des voyageurs qui avaient parcouru l'Extrême-Orient et qui avaient été frappés de voir des animaux domestiques partager avec leurs maîtres les délices de la fumée d'opium et les affres de son abstinence. C'est surtout chez le singe que ces effets sont le plus remarquables, ce qui confirme ce que disait Cl. Bernard, à savoir que, parmi les animaux, les plus sensibles à la morphine étaient ceux dont le développement cérébral était le plus grand. Jammes raconte qu'un fumeur d'opium possédait deux singes qui venaient s'installer sur son lit de camp lorsqu'il fumait. Au début, le fumeur leur soufflait la fumée de la pipe au visage, ce qui ne paraissait nullement les incommoder.

L'un des singes s'habitua bientôt à fumer le résidu d'opium renfermé dans une boîte spéciale qu'il cherchait parmi les appareils de la fumerie.

L'autre singe ne mangeait pas les résidus, mais paraissait se plaire délicieusement au milieu de la fumée d'opium dont l'entourait son maître, et ce qu'il y avait d'étonnant, c'est que dès que le fumeur déposait sa pipe, le macaque se baissait et appliquait ses narines sur le bouquin en os d'où sortait encore un peu de fumée.

Ces animaux éprouvaient tellement l'état de besoin que lorsqu'on oubliait de les amener sur le lit de camp le soir à l'heure de la pipe, ils jetaient des cris assourdissants et cherchaient à rompre leurs chaînes. Quand leur maître partait en voyage pour plusieurs jours, à son retour, il retrouvait un des singes exténué, triste et refusant toute nourriture. Celui-ci ne reprenait sa vivacité habituelle que lorsqu'il avait respiré quelques pipes d'opium.

Les indigènes prétendent que l'opium produit des effets merveilleux même sur les animaux les plus rebelles à la domesticité. On cite le cas d'une panthère toute jeune qu'un mandarin cambodgien aurait apprivoisée et rendue d'une douceur extrême au moyen de l'opium.

Mais le morphinisme chronique est loin de se traduire de la même façon chez tous les animaux. Il y a, à cet égard, des variations d'une espèce à l'autre et s'il y a des animaux pour qui la morphine est un poison du cerveau, il y en a d'autres chez lesquels elle produit l'effet inverse.

On peut diviser à cet égard les animaux en deux groupes :

1° Ceux chez qui la morphine produit du narcotisme et qui sont, par ordre de susceptibilité décroissante : le chien, le lapin, le cobaye, le rat blanc, la souris, le pigeon, le moineau;

2° Ceux chez qui elle n'est jamais soporifique : le cheval, le bœuf, le chat, le mouton, le porc, la chèvre.

Nous allons passer en revue la façon dont le morphinisme chronique se traduit chez ces différents animaux.

1er Groupe.

Chien. — Un chien morphinisé pendant huit mois et arrivé à la dose de 60 centigrammes par jour a permis de faire les constatations suivantes :

Nutrition. — L'amaigrissement est excessif malgré l'alimentation copieuse qu'il prend.

Système digestif. — Les vomissements sont quotidiens. Ils sont produits par l'action de la morphine sur les centres nauséeux. Les faibles doses les excitent avant de les narcotiser, les hautes doses les narcotisent d'emblée.

Système nerveux. — L'aspect de l'animal est caractéristique, et Calvet l'a fort bien observé. Il se rapproche beaucoup de ce qu'on observe chez certains malades. Il est plongé dans une sorte de torpeur continue, dans une demi-somnolence auxquelles il est difficile de l'arracher. Il paraît appréhender la lumière, cherche les coins obscurs et s'y blottit. Au moindre bruit il tressaute comme s'il était subitement arraché à un rêve. Lorsqu'à force d'insistance, on le décide à se mouvoir, il le fait avec une attitude et une démarche spéciales. La colonne vertébrale très saillante en raison de l'amaigrissement extrême est bombée au niveau de la région dorsale, en même temps, le train postérieur est fortement déprimé et ramené en avant, de sorte que l'animal est comme plié en cercle, le dos formant saillie, et le ventre rétracté. La tête est basse, l'œil inquiet et hagard, les pupilles habituellement dilatées, la démarche est sautillante, on dirait qu'il craint de

poser les pieds à terre, il exécute plutôt une espèce de danse qu'il ne marche.

Cet état singulier semble tenir à ce que l'animal éprouve de la douleur quand il touche le sol avec la pointe des pieds.

En effet, l'hypéresthésie de ce côté est excessive, il suffit d'appuyer légèrement sur les pattes pour déterminer une vive réaction et parfois des cris douloureux. Il y a en même temps parésie motrice du train postérieur.

Réflexes. — Les réflexes pupillaires sont moins nets, il y a un émoussement de la sensibilité rétinienne. Les réflexes tendineux ne sont pas altérés.

Sécrétions. Salive. — Au bout de quelque temps on voit les glandes salivaires sécréter avec une activité inaccoutumée. Au début cette hypersécrétion se manifestait quelque temps après la piqûre, après un temps suffisant pour que la morphine soit absorbée.

Mais bientôt on la voit se rapprocher du moment de l'injection pour arriver à coïncider presque avec elle au bout du douzième ou quatorzième jour.

Après un mois, l'animal se met à saliver avant qu'on eût effectué la piqûre habituelle. Il suffisait d'ouvrir les portes de sa niche à l'heure ordinaire de sa piqûre pour voir la salive s'échapper des commissures en un liquide visqueux qui se répandait sur le sol d'une façon continue.

Il n'est pas probable que ce ptyalisme soit causé par l'élimination de la morphine au niveau des glandes salivaires; car, à partir d'un certain moment, on le voit précéder la piqûre et même se produire en dehors de l'administration de la morphine.

Du reste, il a été impossible de déceler les traces de l'alcaloïde dans le liquide sécrété.

Il serait possible de faire intervenir la difficulté avec laquelle le chien transpire et alors l'action du médicament sur les centres nerveux sécrétoires, qui, chez

l'homme, se manifeste surtout sur les glandes sudoripares, serait reportée, chez les chiens, sur les glandes salivaires.

Vomissements. — Sous l'influence des doses faibles, le chien vomit après chaque injection. Ces vomissements se font par une sorte d'automatisme, car on les produit tout aussi bien avec des injections d'eau distillée. Les doses fortes n'amènent plus de vomissements que très rarement. Ces faits sembleraient donner raison aux partisans de l'action de la morphine sur les centres nauséeux. Ces auteurs prétendent que les doses faibles arrivant au contact des centres nerveux les impressionnent avant de les narcotiser, tandis que les doses élevées les narcotisent d'emblée. C'est ce qui expliquerait que, dans le premier cas, il y a des vomissements et qu'il n'y en a pas dans le second.

Urine. — Au début, il y a de la polyurie, puis les urines deviennent plus rares, et à la fin, il y a quelquefois de l'anurie.

Sens génésique. — Le sens génésique est absolument aboli, on avait beau lui présenter des femelles en état de rut, l'animal ne paraissait pas se douter de leur présence.

Température. — Elle s'abaisse d'une façon continue et progressive, mais non proportionnelle avec le déchet nutritif de l'organisme.

Mort. — Elle arrive à la suite de la dénutrition et d'un affaiblissement lent et progressif constituant le dernier degré du marasme, surtout par suite de phénomènes d'asphyxie, quelquefois avec des convulsions, comme dans le strychnisme.

Autopsie. — Calvet a constaté de l'anémie des centres nerveux. Guinard a trouvé le foie muscade, le cœur hypertrophié avec de l'insuffisance aortique et une plaque d'athérome sur une valvule.

Les méninges avaient un aspect jaunâtre et à la

partie antérieure du cerveau et une apparence louche, comme dans la paralysie générale.

Rat blanc. — Masse et Gscheidlen ont expérimenté sur un rat blanc femelle en lui injectant une dose de morphine progressivement croissante jusqu'à ce qu'ils aient atteint celle de 15 gouttes d'une solution à 1 pour 100.

A la première injection on voit survenir au bout d'un quart d'heure des signes d'excitation.

L'animal dresse les oreilles, court droit devant lui et s'arrête brusquement comme en arrêt.

La respiration est rapide, les pulsations cardiaques ont augmenté de fréquence et d'intensité. Les globes oculaires semblent plus saillants.

Les fonctions cérébrales sont ralenties. La sensibilité au pincement est diminuée.

Au bout de vingt jours, l'animal commence à maigrir, les poils tombent, des abcès se développent au niveau des piqûres. L'animal reste inerte. Il semble hypéresthésié.

Ce rat femelle, qui avait eu des petits avant le commencement des expériences, n'en a pas eu pendant leur durée, tandis que les femelles de même âge ont eu pendant ce temps une portée.

Au bout de quarante jours, on supprime brusquement la morphine. Il y a de la prostration pendant quatre jours, puis la constipation cesse, les selles reprennent l'aspect normal. Les abcès entrent en voie de cicatrisation, le poil repousse.

Cette expérience est intéressante en ce qu'on a pu assister à la formation des abcès comme chez l'homme et constater l'action excitante de la morphine suivie d'une période de dépression.

2e Groupe.

Félins. — Les grands félins, tels que les tigres et les lions, paraissent réfractaires à l'action de la mor-

phine. Cependant nous avons vu plus haut qu'en Extrême-Orient l'opium avait permis de domestiquer une jeune panthère.

Chat. — Chez le chat, Guinard a constaté que la morphine était un excitant et un convulsivant à quelque dose que ce soit. Elle détermine de l'hyperexcitabilité, de l'agitation, des hallucinations, et une ivresse agitante. La pupille est dilatée. La respiration et le cœur sont accélérés. Le refroidissement des organes périphériques est l'indice de la vaso-constriction.

L'hypersécrétion salivaire est abondante. Lorsqu'on arrive aux doses élevées, on voit tous ces symptômes s'exagérer, la démarche devient sautillante avec secousses convulsives. Les jeunes sujets sont moins sensibles que les plus vieux.

Les troubles de la nutrition consistent surtout dans un amaigrissement très notable.

Cheval. — La morphine produit chez le cheval une action excitante qui peut atteindre un degré d'intensité très élevé. Cet animal est pris de vertige, il devient anxieux, absolument furieux et tout son corps est recouvert d'une sueur abondante.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE DU MORPHINISME

Sommaire. — A. *Troubles du système nerveux* : 1° Euphorie. — Ivresse morphinique. — 2° TROUBLES DES FACULTÉS INTELLECTUELLES : Perte de la mémoire, de la volonté, du sens moral. — Modifications du caractère : irritabilité, dissimulation. — Sommeil. — 3° TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE : Anesthésie. — Hypéresthésie. — 4° TROUBLES SENSORIELS : Goût. — Ouïe. — Vue. — 5° TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS : Illusions et Hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité. — Impulsions. — 6° TROUBLES DU MOUVEMENT : Réflexes. — Mouvements choréiformes. — Paraplégie. — B. *Troubles de l'appareil digestif.* — C. *Troubles de l'appareil circulatoire.* — Pouls. — Tension artérielle. — Fièvre intermittente. — D. *Troubles de l'appareil respiratoire.* — E. *Troubles du système cutané.* — F. *Troubles de l'appareil urinaire* : Albuminurie. — Glycosurie. — G. *Troubles du système génital* : Impuissance. — Aménorrhée. — Grossesse. — Morphinomanie du nouveau-né. — H. *Troubles de la nutrition.* — I. *Influence du morphinisme sur l'évolution des maladies* : Affections aiguës et infectieuses. — Syphilis. — Diabète. — Hystérie. — J. *Accidents causés par la piqûre* : Abcès. — Piqûre des nerfs. — Piqûre des vaisseaux. — Transmission de maladies contagieuses par l'aiguille de la seringue. — K. *Marche et terminaisons du morphinisme* : Périodes d'euphorie, d'intoxication, de cachexie. — De la mort dans le morphinisme.

A. — TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX

1° Euphorie. Ivresse Morphinique.

Parmi les sensations générales que donne la morphine, il n'en est peut-être pas qui soit plus remarquable que celles que l'on a désignées sous le nom d'*Euphorie*. Il n'existe pas, en réalité, de mots pouvant exprimer ce que l'on éprouve. C'est à la fois une sensation de bien-être, qui fait que l'on est heureux de vivre et qu'on voit tout en beau. On pourrait dire avec Nadaud :

A qui voudrait voir
Tout le monde en noir
Elle met des lunettes roses.

On sent en même temps un mouvement d'expansion qui vous fait paraître toute chose comme étant plus facile à exécuter. On croit que l'on ferait des kilomètres en marchant, que l'on écrirait des volumes, que l'on apprendrait et que l'on s'assimilerait les questions les plus ardues de la médecine ou des autres sciences. C'est qu'en effet, l'intelligence est singulièrement ouverte, que tout ce qui semblait auparavant ardu, apparaît clair et facile.

C'est que celui qui est fatigué trouve des forces inconnues pour accomplir la tâche dont il était incapable. Si, au lieu de mettre en activité les forces nouvelles qui paraissent inépuisables, on s'abandonne aux plaisirs de l'intelligence, l'esprit entrevoit tout avec une lucidité inconnue auparavant. Le musicien trouvera l'inspiration qu'il cherchait en vain; pour le poète, les images se présenteront en foule à son esprit et il parlera alors le véritable langage des Dieux.

En un mot, on trouve tout beau, tout bien, tout facile et rien d'impossible.

Ceux qui souffrent éprouvent un soulagement tout particulier qui leur donne un sentiment de véritable félicité. Un médecin américain qui s'est guéri de sa passion exprime très bien cette sensation qui fait suite à l'apaisement de la douleur : « En proie à des névralgies résultant d'une affection cardiaque, je fis usage de la morphine en injections hypodermiques. Les jours succédèrent aux jours, les semaines aux semaines et je continuai. Pour la première fois, depuis douze ans, je pouvais savoir ce que c'était que de jouir d'un bonheur pur, sans mélange et sans souffrance. Rien de triste, rien de désagréable ne venait choquer mon esprit ou mes sens. Je comparais mon être à une harpe à mille cordes résonnant admirablement à l'unisson sous les doigts de la plus habile de toutes les artistes, la déesse Morphine. J'avais été empoigné par l'enchanteresse, la plus belle de la terre et dont la beauté était une véritable magie, car je ne la voyais pas, mais j'en *sentais* les charmes. »

Le sentiment d'euphorie dure plus ou moins longtemps, généralement peu. Au bout d'un temps très court, il cesse, parce que les cellules cérébrales se sont habituées au stimulant, et ne réagissent plus sous son influence, mais tant qu'il dure, le morphinomane peut vivre continuellement dans cet état factice. Il lui suffit pour cela d'espacer convenablement ses piqûres pour que les périodes d'euphorie empiètent les unes sur les autres sans laisser à la précédente le temps de s'épuiser. C'est la période heureuse, la virginité du morphinisme, la lune de miel du morphinomane. Mais on peut dire que si ces beaux jours ont plusieurs lendemains, ceux-ci sont comptés.

L'ivresse morphinique qui se produit immédiatement après la piqûre, et dont le sentiment d'euphorie est l'expression la plus marquée, peut quelquefois faire défaut. Marandon de Montyel a rapporté un cas où l'injection de morphine avait produit son action

analgésique sans amener jamais l'ivresse qui l'accompagne habituellement. J'ai observé également un malade atteint de tic douloureux de la face et qui était devenu morphinomane sans se douter que la morphine pouvait procurer une sensation autre que celle du soulagement de la douleur.

2° Troubles des facultés intellectuelles.

Les facultés intellectuelles subissent un affaiblissement qui, d'abord peu marqué, va en augmentant progressivement pour aboutir quelquefois au marasme et à la démence.

Perte de la Mémoire. — La *Mémoire* est une des facultés qui est atteinte la première. L'amnésie porte en particulier sur les noms. Ses caractères se rapprochent de ceux que Kussmaul a signalés dans la démence sénile, c'est-à-dire qu'elle porte surtout sur les notions acquises le plus récemment. C'est ainsi qu'un morphinique racontera sa vie depuis son enfance et qu'il ne se rappellera plus ce qu'il a fait dans la semaine. Il oubliera le nom des rues, les dates de l'histoire, les détails concernant sa profession, ce qui apporte la plus grande gêne dans son existence et l'oblige, la plupart du temps, à renoncer aux occupations qui lui permettaient de subvenir aux besoins de la famille.

Ainsi un médecin oubliera les doses des médicaments, les termes scientifiques par lesquels on les désigne. Un comptable commettra de telles erreurs dans ses calculs qu'on sera obligé de le renvoyer. Cette amnésie n'est jamais aussi marquée que dans la paralysie générale.

Elle n'atteint les caractères décrits plus haut qu'au bout d'une longue durée d'intoxication.

Perte de la Volonté. — Les morphinomanes sont des

malades qui n'ont pas de volonté, et on peut dire, dès maintenant, que c'est là un des grands obstacles qu'on rencontre dans le traitement. Il y a un amoindrissement du moi, très caractéristique.

C'est ainsi qu'on voit des malades rester des journées entières au lit, sans dormir (manie lectuaire), sans torpeur même, l'esprit très net, mais toute volonté absolument morte. Ils perçoivent bien, comme à l'état normal, les motifs d'action, et les interprètent sainement ; mais ces motifs sont insuffisants pour déterminer des volitions effectives. Ces phénomènes d'aboulie sont souvent permanents ; d'autres fois ils surviennent par crise et durent un ou deux jours, tandis que dans les intervalles le malade conserve alors son énergie volitive. Il semblerait que, dans ces moments de crise, le cerveau se trouve plus fortement imprégné par l'alcaloïde, par suite d'une élimination parfaite (Brazier).

Perte du sens moral. — L'affaiblissement des facultés intellectuelles se traduit par un état particulier d'apathie, qu'on désigne en allemand par les termes de *psychische Schwäche*, qu'on pourrait appeler en français de l'*hyposthénie psychique*, dans lequel le malade est dans un état d'abattement, d'obnubilation, d'indifférence absolue. Les sentiments affectifs disparaissent chez lui pour faire place à un égoïsme féroce. Il ne se préoccupe que de lui et se désintéresse de tout ce qui ne se rapporte pas à lui.

L'atténuation du sens moral est la conséquence de cette hyposthénie psychique. Chez la femme, on voit les sentiments de pudeur, de coquetterie, de correction extérieure complètement annihilés. Ces malades abandonnent tout soin de propreté. Ils font preuve d'un oubli des convenances et de la politesse qui tranche complètement avec leurs allures antérieures.

Ils se rapprochent, à cet égard, des paralytiques généraux au début de la maladie.

Le fait suivant, qui a eu son dénouement devant les

tribunaux, peut bien prouver le degré d'abaissement moral auquel peut arriver un morphinomane.

Cette aventure, absolument romanesque, met en présence un médecin morphinomane, un pharmacien trompé et volé par sa femme, au bénéfice de son amant, une femme repentante qui entre au couvent où son amant trouve le moyen de nouer à nouveau une intrigue avec elle.

Le côté de cette affaire que nous chercherons à faire ressortir c'est la perte absolue de sens moral de ce médecin morphinomane, qui non content de séduire la femme de son ami la pousse à voler ce dernier pour lui donner de l'argent.

Le pharmacien, M. B...., porta plainte contre son ami le Dr M......., médecin de la préfecture de police, maire d'une commune de la Corrèze, pour vols, aux termes d'un article 380 du code pénal, vols de bijoux et argenterie, notamment « une truelle à poisson » engagée par lui au Mont-de-Piété.

Nous allons résumer l'affaire d'après la plaidoirie de Me Crochard.

Faisons tout de suite connaître, d'après les deux avocats, que le prévenu est un terrible joueur, jetant l'argent par les fenêtres, quand il gagne, en demandant à sa maîtresse, quand il perdait, comme dans une lettre datée de Vichy, où il lui apprend l'énorme « culotte » qu'il a reçue au baccara, et ajoute : « C'est vous qui me sauverez; je ne veux être sauvé que par vous. »

L'infortune conjugale du pharmacien est l'éternelle histoire du mari d'une jolie femme, introduisant dans son ménage un ami qui a toute sa confiance.

Dans le cas actuel, l'ami avait une grande supériorité sur les perfides amis dans son cas : comme médecin il lui était permis de s'asseoir au chevet de la femme malade.

Un jour, le mari entre inopinément dans la chambre

de sa femme alitée, tout juste au moment où celle-ci glissait, dans la main du docteur, quelque chose que M. B.... crut être de l'argent. Pour vérifier ses soupçons, usant de son droit, il fait ouvrir les meubles de sa femme et y trouve une correspondance qui ne lui laisse plus aucun doute : non seulement sa femme était la maîtresse du médecin, mais les lettres du docteur contenaient des demandes d'argent.

Affolé par ces révélations, le malheureux mari a une explication avec sa femme ; elle lui avoue tout, lui apprend l'engagement de ses bijoux et de l'argenterie, fait par le docteur, un emprunt de 2,500 francs au boucher, des billets signés par elle et escomptés par un usurier, etc., etc.

M. B.... envoie immédiatement sa femme à Genève, chez des parents. C'est alors que la femme du médecin entre en scène ; elle avait découvert l'asile de la maîtresse de son mari et elle trouve le moyen de lui faire parvenir une lettre tendant à renouer la liaison adultère brusquement interrompue. Mais la jeune femme, qui avait subi l'influence d'une vie salutaire, demande à son mari son pardon et l'obtient. Elle revient à Paris, chez son père ; la dame l'y découvre ; on se rencontre avec le médecin, et l'intrigue, qui se renouait, est de nouveau interrompue par M. B.... qui, d'accord avec sa femme, met celle-ci au couvent.

L'amant, alors, va louer un logement en face de l'établissement religieux, guettant les personnes qui y entraient ou en sortaient et cherchant à avoir d'elles des renseignements, allant jusqu'à menacer de porter plainte en séquestration contre le mari.

Ses tentatives étant inutiles, sa femme, alors, imagine l'aventure romanesque que voici : Elle se fait conduire au couvent, par le directeur d'un journal parisien, se présente à la supérieure comme femme d'un fonctionnaire de province ; elle a, dit-elle, trompé son mari, une instance en divorce est engagée et elle

vient demander un asile dans le pieux établissement.

Elle est acceptée; la supérieure lui vante sa maison où, dit-elle, nombre de dames du monde vont demander asile. Le soir même, les pensionnaires sont réunies au salon. Mme B.... y est appelée et les deux femmes se voient. Mme B.... se met au piano, etc., et la soirée finie, chacun rentre dans sa cellule.

Le lendemain, par sa porte entr'ouverte, la nouvelle pensionnaire, guette celle à qui elle a des instructions à donner; à un moment, la porte de Mme B.... s'entr'ouvre et Mme M....... lui jette un petit paquet contenant deux lettres : une d'elle, l'autre de son mari, plus une bague envoyée par celui-ci et portant pour devise : « Malgré tout et toujours. » Les sœurs placées auprès de Mme B.... lui disent qu'elle ne peut garder ces objets; elle écrit alors à son mari, qui s'empresse d'accourir et elle lui remet le petit paquet jeté chez elle.

Il y a deux lettres : l'une écrite par Mme M....... à Mme B...., l'autre écrite par le docteur M....... à sa femme et contenant ses instructions sur les démarches à faire auprès de Mme B.....

Dans la lettre écrite à Mme B.... par Mme M....... celle-ci lui disait :

« ... Je vous remets ci-joint une note émanant de Justin (c'est le prénom de M. M...) et une bague. Si vous gardez la bague, c'est un signe de fidélité. Faites ce que vous commande Justin. Ne vous laissez pas emmener à l'étranger. Nous agissons pour vous, pour votre avenir, dans votre intérêt. Mon pauvre mari se meurt d'amour pour vous. Il est, physiquement aussi, bien malade.

« Il ne dort plus. Ses nuits sont hantées de cauchemars terribles. Il vous appelle, il vous veut... Mais je l'aime aussi et nous devons le guérir et le sauver. Faites ce qu'il dit. Il ne peut vivre loin de vous. Dieu sait pourtant ce que, moi, j'ai fait pour lui... Mais

vous, je vous pardonne de l'aimer, je ne vous pardonnerais pas de le faire mourir. Essayez de le consoler. Pauvre petite, pardonnerez-vous jamais à ceux qui vous ont enfermée? Nous autoriserez-vous plus tard à flétrir votre mari qui se ballade en voiture, tandis qu'on vous tient ici enfermée avec des filles? oh! quelle infamie! Ne pensez pas à moi. Je suis ici pour vous et pour lui. Demandez avec instance à sortir. Faites, pour obtenir cette permission, toutes les promesses qu'on vous demandera. Si on vous refuse, dites que vous êtes très malade, dites que vous ferez scandale, que vous vous suiciderez. Rentrez avec votre mari, mais gardez avec lui une réserve complète. Refusez de partager le même lit et la même chambre que lui... »

Et, dans une lettre du prévenu, où, entre autres instructions, on lit : « Broyez-les tous : mari, enfants, père!... Je vous ordonne d'obtenir le divorce, etc. », celui-ci énumère à son ancienne maîtresse, qui n'a plus que mépris et éloignement pour lui, dont l'abjection lui a ouvert les yeux, il lui énumère toutes les circonstances qui peuvent amener sûrement le divorce.

Un dernier fait : le prévenu assigné par le plaignant s'est hâté, dans l'espoir de faire tomber la prévention, de dégager du Mont-de-Piété les bijoux et l'argenterie et de payer les dettes contractées pour lui par sa maîtresse. Le mari ayant refusé de les recevoir pour réserver ses droits, la femme du prévenu les a envoyés par une domestique au parent chez lequel l'épouse repentante s'était réfugiée à son retour de Genève, pour les remettre à celle-ci, laquelle déclara à ce parent qu'elle était autorisée à les recevoir; il permit donc la restitution. Le mari qui venait voir sa femme, ayant appris ce fait, en parut fort contrarié et protesta énergiquement.

Le but poursuivi par les deux époux en poussant au crime la malheureuse femme, de l'esprit de laquelle

ils s'étaient rendus maîtres, c'était de s'emparer de sa dot.

Dans sa plaidoirie pour M......., Me Alliès nous dépeint ses angoisses. « Quand il la sait au couvent, lui, morphinomane, tombe malade, devient comme fou; la nuit, il appelle à grands cris celle qu'il aime, se roule sur le tapis de sa chambre; ses deux enfants, épouvantés, se pendent à son cou; c'est alors que sa femme écrit à la maîtresse de son mari : « Je vous par- « donne son amour, je ne vous pardonnerai pas sa « mort; allez le voir. » Et cette épouse désespérée est allée au couvent pour sauver son mari; elle y a passé vingt-quatre heures; acte de folie inspiré par l'amour conjugal. »

Dans ses conclusions, M. le substitut Jambois, dont toutes les sympathies sont pour M. B...., a déclaré qu'il regrettait que l'article 380 du code pénal ne fût pas applicable à M. le docteur M........

Conformément à ces conclusions, le tribunal, présidé par M. Paisant, a acquitté le docteur M...

Modifications du caractère. — En même temps le caractère se modifie. Ces malades sont mécontents de tout, grognons, irascibles, surtout quand le moment où ils se sont piqués pour la dernière fois est déjà éloigné. En Orient, quand on voit de ces individus grincheux on dit : « C'est un thériaki privé de son opium. »

Souvent même, les modifications du caractère ne se bornent pas à des manifestations de mauvaise humeur, les altérations sont plus profondes.

Quelquefois, ils montrent par intervalles des accès de colère dont la violence peut effrayer l'entourage. On les voit alors interpeller violemment et prendre à parti des gens qui ne s'occupent pas d'eux, brisant tout ce qui leur tombe sous la main pour satisfaire leur rage (Pichon). Hallez a rapporté l'observation d'un individu qui devenait tellement furieux qu'un beau jour il roua

de coups, en pleine place publique, un homme qui ne lui voulait aucun mal.

La plupart du temps cependant, il n'y a pas d'exaltation, les modifications du caractère se passent surtout dans la sphère morale de l'individu. On voit les morphiniques devenir misanthropes, hypocondriaques, le moindre bruit les exaspère, ils recherchent la solitude.

En somme, ces modifications se comprennent assez. Les morphiniques sont en général des gens intelligents, ils analysent très bien tout ce qui se passe en eux. Ils assistent à leur déchéance progressive; ils se rendent compte de la négligence qu'ils apportent dans l'expédition de leurs affaires, ils envient les autres hommes qui jouissent de la plénitude de leur volonté, ils entrevoient pour eux la ruine de leur santé et quelquefois la ruine de leur famille. Aussi lorsqu'on a le malheur de leur faire des reproches, ils les acceptent de la plus mauvaise grâce possible parce qu'ils sont eux-mêmes accablés de remords. Ce sont des malades qu'il ne faut pas gronder, mais dont il faut soutenir le moral, afin de pouvoir, à un moment donné, gagner leur confiance, et les sortir de l'ornière où ils se sont embourbés.

On a accusé les morphinomanes d'être menteurs. Pichon dit même qu'ils sont « plus menteurs que les hystériques, ce qui n'est pas peu dire ».

Pour moi, cette opinion est inexacte, et je soutiens que la morphinomanie ne crée pas un état d'esprit qui porte au mensonge. Les morphinomanes ne sont menteurs que dans des circonstances déterminées : *toutes les fois qu'il s'agit de leur vice.* Par exemple : si vous causez avec l'un d'eux et que vous cherchiez à lui faire avouer son vice, il niera énergiquement et emploiera tous les artifices de langage pour vous persuader que jamais il n'a songé à se faire une piqûre.

Si vous arrivez à lui démontrer que vous connaissez

son vice, que tel ou tel signe ne trompe pas l'œil exercé du médecin, il cherche encore à vous prouver que vous êtes dans l'erreur.

Ils ne vous avoueront jamais la dose exacte qu'ils prennent. Si vous placez près d'eux un surveillant chargé de contrôler leur conduite, ils arriveront certainement à le tromper. S'ils sont parvenus d'eux-mêmes à diminuer beaucoup leur dose quotidienne, ils vous affirmeront, à un moment donné, qu'ils ont cessé tout à fait leurs piqûres, quand au contraire ils en continuent l'usage. Aussi le médecin ne devra jamais s'en rapporter à ce que dira un morphinomane, au point de vue de ses pratiques vicieuses.

Mais cela ne constitue pas un fait qui soit spécial à la morphinomanie. Tout individu qui se livre à un vice cherche à s'en cacher le plus possible. S'il ne voit découvert, il tâchera d'en atténuer la gravité.

Il sait que tout vice constitue une tare et c'est un sentiment bien naturel que de chercher à ne pas la révéler à tout le monde.

Il est encore une autre circonstance où les morphinomanes mentent, c'est lorsqu'il leur est impossible de se procurer de la morphine.

Alors ils emploient les moyens les plus ingénieux pour arriver à leur but, et le mensonge n'a pour eux rien qui les effraie, pas plus, du reste, que tout autre moyen qui peut les aider à obtenir du poison. De même, lorsqu'ils se soumettent à un traitement pour arriver à être démorphinisés. Ils entrent dans une maison de santé, remettent au médecin tout leur arsenal et font les serments les plus solennels qu'ils ne possèdent plus ni seringue, ni solution. Si vous êtes au courant de leurs ruses et si vous voulez fouiller attentivement leurs effets, vous arriverez neuf fois sur dix à trouver la réserve de morphine et la seringue qui devait leur permettre de soulager les souffrances de la démorphinisation.

Pris en flagrant délit, ils mentiront encore s'ils voient une lueur d'espoir de pouvoir vous tromper. Mais ce n'est pas là l'instinct du mensonge qui les pousse, ce n'est pas pour l'amour de l'art qu'ils mentent, comme on l'a dit, c'est pour l'amour de la morphine, c'est le *struggle for drug*, c'est la lutte pour le poison qu'ils soutiennent et ils ne capitulent jamais.

Mais si vous observez, au contraire, un individu qui a sa ration de morphine assurée pour chaque jour, qui peut se faire des piqûres aux heures voulues, vous ne constaterez, chez lui, pas plus de tendance au mensonge que celle qui existe chez les autres individus.

En un mot, je tiens à établir que le morphinique qui n'est pas troublé dans la pratique de son intoxication quotidienne n'a pas, comme on l'a dit, cet état mental spécial qui crée une sorte d'impulsion pour le mensonge.

Nous verrons que, dans l'état de besoin, il en est tout autrement, et qu'alors ces malades sont non seulement menteurs, mais voleurs, mendiants, prostitués, etc. En un mot, dans le premier cas, ils sont à l'état de calme et dans le second à l'état de crise. Il n'y a donc rien de commun.

On peut dire que le morphinique est un *dissimulateur* de première force, mais que, dans la vie ordinaire, il n'est pas plus menteur que n'importe qui...

Sommeil. — Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les morphiniques ne dorment pas. Quand ils peuvent gagner quelques heures de sommeil, ils sont souvent en proie à des cauchemars.

Généralement, ils prennent l'habitude de lire au lit et prolongent leurs lectures jusqu'au matin, où ils sont alors brisés de fatigue. Pendant la journée, ils sont somnolents et s'endorment dès qu'ils prennent un siège.

Zambaco a vu un malade qui s'endormait partout où il se trouvait, même sur une chaise dure et peu com-

mode, sans que sa tête fût appuyée, même au milieu d'une réunion, malgré la conversation et le bruit.

Le docteur Lamson, dont nous étudierons le cas au chapitre de la médecine légale, ne pouvait s'asseoir sur un fauteuil sans tomber dans un profond sommeil, qui durait pendant quatre et cinq heures, et cela même en plein salon, au milieu d'une société nombreuse.

3° Troubles de la sensibilité générale.

La sensibilité générale présente des altérations d'ordre divers.

On observe souvent des sensations de fourmillements, de picotements dans les membres, quelquefois des douleurs très intenses, rappelant les douleurs ostéocopes.

Anesthésie. — Quelquefois il y a de l'*anesthésie*, dont le siège est variable.

Pichon a rapporté l'observation d'un morphinique dont tout le côté droit était insensible à la piqûre depuis qu'il s'était adonné à la morphine. Cette hémianesthésie n'était pas accompagnée d'hémiplégie.

Hyperesthésie. — Le plus souvent il y a de l'hyperesthésie.

Laborde a publié une observation où l'hyperesthésie était portée à un degré extrême : quand la malade posait les pieds à terre, elle les relevait immédiatement, en poussant des cris de douleur comme si elle les eût posés sur un endroit trop chaud où ils auraient été brûlés. Elle disait, du reste, elle-même, que ce contact lui donnait une sensation de brûlure.

Cependant, en insistant, elle finissait par triompher de cette première sensation douloureuse, et elle s'efforçait de se tenir debout et de marcher. Mais alors on assistait à un spectacle qui eût prêté à rire. Elle sautillait et trottinait à petits pas, comme si elle eût craint de laisser reposer ses pieds sur le parquet ;

c'était plutôt une sorte de danse qu'une marche véritable.

Une fois lancée, elle ne s'arrêtait plus jusqu'au moment où la lassitude l'y contraignait.

Elle s'accrochait alors au premier objet à sa portée et demandait à regagner son lit.

Le moindre attouchement sur la plante du pied déterminait des réflexes d'une telle intensité qu'elle tombait en syncope.

Ce mode d'hyperesthésie est extrêmement intéressant à constater, car il est bien propre au morphinisme chronique. Si, en effet, nous nous reportons aux expériences faites sur le chien, nous verrons que Calvet est arrivé à produire, chez cet animal, exactement le même type d'hyperesthésie avec la démarche sautillante.

La sensibilité tactile est généralement abolie : c'est ce qui explique l'absence de douleurs à la piqûre, quand les morphiniques font leurs injections.

Notons en passant que, chez les hystériques, on voit sous l'influence du morphinisme la sensibilité se rétablir chez les sujets qui l'ont perdue.

4° Troubles sensoriels.

Goût. — Le goût est souvent émoussé, quelquefois même aboli, au point que les malades ne perçoivent nullement la saveur des aliments.

Ouïe. — On constate quelquefois une altération de l'ouïe, qui se traduit par une demi-surdité.

Vue. — L'intoxication chronique par la morphine détermine des troubles de la vue que Galezowski a très bien décrits. Tout d'abord le malade s'aperçoit que sa vue baisse de plus en plus, ce qui rend la marche difficile. Les paupières sont le siège de douleurs, de pesanteur, de cuisson des plus pénibles. Les objets

sont masqués par un brouillard et paraissent déformés. La lecture et l'écriture sont impossibles.

A l'extérieur les yeux ne présentent rien de particulier, si ce n'est une injection de la sclérotique.

La photophobie est assez accentuée. L'acuité visuelle est légèrement affaiblie. Lorsque le malade veut fixer un objet, il le voit danser, trembler, se rapprocher ou s'éloigner, changer de forme et de volume. Il existe une dyschromatopsie qui peut être plus ou moins marquée.

L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune lésion. Il n'y a donc en somme qu'une contraction spasmodique du muscle accommodateur qui fait tantôt contracter, tantôt dilater la pupille.

Ce qui prouve bien du reste que cette amblyopie était de nature morphinique c'est qu'elle disparut quand le malade fut guéri de son intoxication.

Le myosis est habituellement un symptôme de l'intoxication aiguë. On le trouve rarement dans le morphinisme chronique. Il se produit alors un spasme du muscle accommodateur qui peut se prolonger pendant des mois. Les troubles visuels sont les mêmes que ceux décrits plus haut, mais il existe au centre une myopie acquise dépendant du spasme du muscle.

Laborde a signalé, chez les morphiniques, une anémie de la rétine permanente. Il semble que les vaisseaux de la pupille aient disparu.

Les artères notamment sont peu visibles, tandis que les veines sont plus apparentes et paraissent sensiblement congestionnées.

Quelquefois même on constate une véritable atrophie de la pupille.

L'examen des fonctions visuelles a été fait très rarement. Pichon et Grippo ont cependant publié quelques résultats que nous allons reproduire :

Examen campimétrique. — Le malade de Pichon présentait un rétrécissement concentrique pour toutes les

couleurs du côté gauche. L'œil droit était normal. Chez le malade de Grippo il existait un rétrécissement du champ visuel pour le blanc plus accentué à droite qu'à gauche.

Acuité visuelle. — Cet examen nous donne pour le premier malade 1/3 à gauche, 2/3 à droite et pour le second 1/6 à gauche et 1/2 à droite.

On note, en outre, l'intégrité des réflexes pupillaires cornéen et oculo-palpébral. Pas d'achromatopsie. Légère dyschromatopsie pour le jaune et le rouge.

Scotome central pour le vert et le rouge, absolu à droite, relatif à gauche.

En somme toutes ces modifications des fonctions visuelles sont assez irrégulières, elles sont en rapport avec la durée et l'intensité de l'intoxication. Elles disparaissent d'une façon complète lorsqu'on arrive à supprimer le poison.

5° Troubles psycho-sensoriels.

Illusions et Hallucinations. — L'existence de troubles psycho-sensoriels dans le cours du morphinisme chronique a été l'objet de grandes discussions.

Les uns en admettent la réalité, parmi eux nous citerons Laehr, qui les a signalés le premier, puis Fiedler, Levinstein, Leidesdorf, Erlenmeyer, Lancereaux, Ball.

D'autres, au contraire, les nient d'une façon absolue. A la tête de ceux-ci se trouve M. Magnan.

Tout le débat ne porte en réalité que sur une erreur d'interprétation du terme hallucination. Les premiers l'étendant à tous les phénomènes hallucinatoires aussi bien diurnes que nocturnes; les seconds, au contraire, le réservant aux véritables hallucinations, à celles qu'on observe à l'état de veille.

Ainsi posée, la question est beaucoup plus facile à résoudre.

Il existe, en effet, dans le cours du morphinisme, des phénomènes hallucinatoires nocturnes, à caractère terrifiant.

Ce sont de véritables crises nocturnes, accompagnées de rêves, de cauchemars et rappelant tout à fait celles que Lasègue a décrites dans l'alcoolisme subaigu. Mais si l'on s'en tient au sens vrai du terme hallucination, on ne peut pas qualifier par ce terme ces crises nocturnes.

Mais il faut bien reconnaître qu'à côté de ces crises, on observe quelquefois de véritables hallucinations à l'*état de veille*. Pichon, qui a longtemps combattu leur existence, en a publié deux observations que nous résumerons ci-dessous.

Dans l'une, le malade, outre les crises nocturnes habituelles, se trouvait, en plein jour, en proie à des hallucinations vraies, dont, en sa qualité d'étudiant en médecine, il rendait très bien compte. Plusieurs fois, il lui est arrivé, surtout dans les instants qui suivaient la piqûre, d'entendre distinctement, non seulement des bruits, des sons, mais des paroles distinctes, claires, à la réalité desquelles il croyait même, pendant quelques minutes.

Dans un autre cas, le malade avait en plein jour des hallucinations visuelles qui lui donnaient l'aspect d'un alcoolique subaigu. Il voyait des animaux de toute espèce qui marchaient sur lui, comme cela a lieu chez tous les intoxiqués.

Aucun de ces malades n'avait d'affection concomitante.

En présence de ces faits, il est impossible de nier qu'on puisse observer de véritables hallucinations dans le morphinisme.

Mais si l'on songe que, sur le nombre colossal d'observations de morphinisme qui existent dans la littérature médicale, on trouve tout juste deux cas d'hallucinations vraies, il nous semble que, tout en

admettant la possibilité de leur existence, on peut être autorisé à conclure que le morphinisme n'est pas une affection hallucinatoire et nous nous rangerons du côté de M. Magnan, qui se base sur ce fait, pour rayer le morphinisme du cadre des psychoses.

Caractères des crises nocturnes. — Il existe souvent, dans le morphinisme, des rêves, des cauchemars, accompagnés de phénomènes hallucinatoires qui présentent toujours un caractère terrifiant. Ce sont de véritables crises nocturnes analogues à celles que Lasègue a si bien décrites pour l'alcoolisme. Il est important de les bien connaître, car souvent elles pourront mettre sur la voie du diagnostic chez des malades qui sont parvenus à dissimuler leur vice et qui ne présentent pas de symptômes physiques assez marqués pour le faire soupçonner.

Nous allons donc entrer dans quelques détails.

Les phénomènes hallucinatoires portent, dans la très grande majorité des cas, sur la vue, mais ils peuvent aussi affecter l'ouïe et plus rarement encore le goût et l'odorat, ainsi que la sensibilité générale.

Hallucinations nocturnes de la vue. — M. Magnan a cité une malade qui voyait autour d'elle des serpents et toute espèce d'animaux. Parfois elle se mettait à crier. Une autre voyait des mouches qui volaient et qui se posaient sur elle.

D'autres fois, le malade se réveille en sursaut croyant tomber dans un précipice. Il voit des animaux, des brigands armés, des spectres, des bandes de feu, des figures grimaçantes qui lui prédisent toutes sortes de mésaventures, de deuils et qui, plusieurs fois par nuit, amènent des insomnies très pénibles.

Un médecin américain qui a réussi à se guérir de sa funeste passion, décrivait ainsi ses nuits : « Il n'existe pas d'image assez affreuse qui puisse peindre les tourments horribles de ces nuits. De minuit à neuf heures du matin je n'arrivais pas à goûter même une heure

d'un sommeil normal. J'avais tout le temps des rêves qui me paraissaient plus vivants que la réalité même. Je me voyais pénétrer dans de sombres caveaux et me promener pendant des heures sur des cadavres nus, forcé parfois de m'arrêter sur eux et de respirer leur odeur infecte. Puis je voyais briller dans l'obscurité des milliers de flammes, couleur rouge-sang, qui revêtaient la forme de figures humaines. Elles apparaissaient subitement et disparaissaient de même. »

Hallucinations de l'ouïe. — La nuit, le malade est réveillé en sursaut par des voix. Quelquefois même, entendant du bruit dans la pièce voisine de sa chambre, il se levait pour aller voir d'où provenait ce bruit.

Une malade de M. Magnan était désagréablement impressionnée par le tic-tac de la pendule qui lui semblait répéter exactement ses pensées. Elle entendait nettement, par les deux oreilles, ses moindres pensées répétées sous forme de paroles par la pendule. Parfois même la pendule répétait avant qu'elle eût achevé de penser.

D'autres fois elle répondait aux questions que se posait la malade. Ainsi, une nuit, celle-ci pensait qu'elle demanderait la permission d'aller se faire soigner chez sa mère. La pendule a répondu : « N'y va pas, tu mourras de faim. »

Hallucinations de la sensibilité. — Outre des visions d'animaux, les malades sentent des bêtes qui viennent leur frôler la figure. Quelques-unes même entrent dans les orifices naturels, dans le nez, la bouche, les parties génitales mêmes. Ces sensations peuvent acquérir une grande intensité.

Quelquefois les malades sentent leurs jambes remuer.

D'autres ont la sensation de chute, soit dans un précipice, soit dans une rivière.

M. Magnan a observé une malade qui présentait des illusions et des hallucinations de la sensibilité assez bizarres. Quand elle touchait de l'étoffe, elle avait la

sensation du marbre. C'est très froid et ça glisse, dit-elle. Il lui semble qu'elle a des bracelets autour des poignets. Quand elle lève les bras, elle sent les bracelets glisser. A chaque instant, elle sent comme des puces qui sauteraient sur sa peau, il lui semble que celles-ci tombent de très haut. Quand elle est couchée, elle sent ses jambes se soulever comme si elle marchait. Quand elle s'endort, il lui semble qu'elle monte dans une cheminée étroite, mais elle ne peut sortir par le trou.

Elle éprouve autour de l'avant-bras droit la sensation que produirait un linge mouillé très froid.

Elle a même interpellé vivement l'infirmière, croyant que c'était elle qui le refroidissait. Une autre nuit, elle a éprouvé une sensation analogue au bas du rachis, c'est ce qui lui a fait comprendre que ce n'était qu'une hallucination.

Contrairement aux hallucinations de l'alcoolisme, celles du morphinisme sont mobiles et n'ont aucun caractère professionnel. Au point de vue de la fréquence on peut les ranger dans l'ordre suivant :

Les hallucinations de la vue comme étant de beaucoup les plus fréquentes, puis celles de l'ouïe ;

Celles du goût et de l'odorat sont rares ;

Celles de la sensibilité générale sont exceptionnelles, contrairement à ce qui a lieu dans l'alcoolisme.

Impulsions.

L'existence d'impulsions dans le cours de l'intoxication morphinique chronique est une des plus importantes à résoudre. Si elle existe, elle entraîne pour les morphiniques un état d'irresponsabilité qui soustrait leurs actions à l'application des lois. Si, au contraire, elle n'existe pas, ces malades sont exposés à toutes les conséquences pénales de leurs actes.

Nous devons tout d'abord bien spécifier le sens du mot *impulsion*. M. Magnan le définit ainsi : un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher.

1° IMPULSION AU SUICIDE. — Les morphiniques sont des individus sans volonté, apathiques, incapables de prendre une détermination qui demande de l'énergie. Ils présentent donc des conditions morales complètement opposées à celles qui sont indispensables pour accomplir un suicide. On les entend bien souvent invoquer la mort, dire qu'ils vont se tuer pour se débarrasser d'une vie qui leur est devenue à charge. Ce sont là de pures boutades mélancoliques qui n'ont d'autre effet que de leur faire augmenter le nombre de leurs piqûres. Il n'existe pas, en effet, jusqu'à présent, de cas de suicide survenus en pleine puissance morphinique, c'est-à-dire l'individu ayant tout le loisir et la faculté de se faire des piqûres, à la dose voulue.

Nous verrons que la situation changera dans le cas d'abstinence morphinique.

On pourrait invoquer comme cas de suicide ceux où l'on voit des individus succomber à la suite d'une piqûre. Si l'on étudie les circonstances dans lesquelles la mort est survenue, on verra qu'elle arrive toujours parce que l'individu s'est injecté une dose de poison trop élevée; et cela, soit par inadvertance, soit dans le but d'obtenir des effets plus marqués, mais jamais dans un but de suicide.

IMPULSIONS SYNDROMIQUES. — M. Magnan a décrit, sous ce nom, des impulsions *inconscientes*, irrésistibles, qu'on observe chez les dégénérés héréditaires.

Pour lui, il existe des individus de cette catégorie qui sont poussés à prendre de la morphine, par accès, par intervalle seulement, comme cela a lieu pour la dipsomanie. Ce sont ces cas seulement qui méritent le nom de morphinomanie. Ils sont très rares, d'après cet auteur, et on n'en a pas encore publié d'observations.

Ce seraient de véritables cas de *dipsomanie* morphinique. Mais pour qu'on puisse en admettre l'existence, il faudrait en avoir observé des cas, jusque-là nous considérons la dipsomanie morphinique comme étant une conception toute théorique.

Impulsions diverses. — Existe-t-il des impulsions au vol ou à commettre un délit quelconque et qui soient provoquées par le morphinisme? Existe-t-il une *kleptomanie morphinique*, ou des impulsions au meurtre? Nous aurons à discuter cette question au chapitre de la médecine légale. Mais dès maintenant nous pouvons dire qu'il n'en est rien et que tant que le morphinique peut satisfaire sa passion, rien, dans son état mental, n'autorise à attribuer à ses actes un caractère impulsif quelconque.

Il en est de même pour le mensonge. Nous avons expliqué plus haut de quelle façon il fallait comprendre la réputation de menteurs qu'on a faite aux morphinomanes. Celle-ci, avons-nous dit, est justifiée pour tout ce qui concerne leur passion.

Mais, nous nous élevons contre l'opinion que certains auteurs tendent à répandre, d'après laquelle les morphinomanes obéiraient à une véritable impulsion à mentir. L'un d'eux a même créé le mot de *mensongeomanie*, dont tout le mérite est d'accoler une erreur à un mot barbare.

En résumé nous pouvons dire qu'il n'existe dans la science aucun fait permettant d'attribuer aux actes des morphinomanes un caractère impulsif, lorsque ceux-ci peuvent pratiquer sans entraves leur intoxication. Plus tard nous verrons que cette proposition est complètement modifiée quand ils sont en état d'abstinence ou de pseudo-abstinence morphinique.

Troubles du mouvement.

Réflexes. — Les réflexes sont tantôt abolis, tantôt normaux. Il n'y a, à cet égard, rien de fixe. Nous avons même vu, dans l'observation de Laborde, qu'ils pouvaient être singulièrement exagérés.

Mouvements choréiformes. — On observe quelquefois certains mouvements nerveux choréiformes. Zambaco a observé un individu, sans aucun antécédent nerveux antérieur, qui, par moments, exécutait des mouvements qu'il ne pouvait dominer. Tantôt sa tête, tantôt son tronc, tantôt ses membres accomplissaient des mouvements brusques, inattendus, comme choréiques. Ainsi la tête subissait un mouvement de flexion vers la poitrine, ou bien elle tournait comme mécaniquement à droite ou à gauche. Le tronc s'inclinait et s'infléchissait en avant d'une manière rapide. La nuit, on observe parfois des mouvements de même nature. Les membres inférieurs sont violemment déplacés, ce qui réveille les malades quand, par hasard, ils dorment.

Le symptôme dominant chez un malade de Schweig était la nervosité. Il ne pouvait rester assis pendant plus d'une ou deux minutes et même alors il remuait les jambes et les mains, sans que cependant ces inconvénients aient le moindre caractère choréique. Il se levait, se promenait de long en large dans sa chambre, puis s'asseyait de nouveau pour un moment. Même pendant le sommeil, il avait des mouvements spasmodiques des jambes toutes les trois ou quatre minutes.

Paraplégie. — On constate souvent de la faiblesse des membres inférieurs, mais plus rarement de la paraplégie.

M. Magnan l'a cependant observée d'une façon très nette. Chez une de ses malades les membres inférieurs étaient devenus progressivement incapables de la sou-

tenir, ils fléchissaient immédiatement. Les mollets étaient le siège de crampes douloureuses. La sensibilité plantaire avait disparu au point que le contact du sol n'était plus perçu, Il y avait de l'incontinence d'urine, des picotements, des engourdissements dans les membres supérieurs. La muqueuse buccale était légèrement anesthésiée. On notait aussi une sensation de constriction en ceinture au creux épigastrique. Les réflexes étaient intacts. Tous ces symptômes disparurent sous l'influence de la suppression de la morphine.

B. — TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les phénomènes digestifs sont ceux qui frappent les premiers l'esprit du malade.

Lorsqu'on n'est pas encore habitué à la morphine, il y a, en effet, souvent au début, des nausées, des vomissements, de la perte d'appétit, mais cela ne dure pas longtemps.

L'accoutumance se fait vite. L'inappétence persiste, mais, fait curieux, et que les morphiniques connaissent bien, s'ils se font une piqûre au moment du repas, l'appétit reparaît et ils mangent comme d'habitude.

Souvent ils ont une soif exagérée. Leur haleine est fétide, elle exhale une odeur spéciale, qui ne trompe pas, lorsqu'on y est habitué.

Les dents sont le siège d'altérations particulières sur lesquelles Gerber a attiré l'attention en 1877. Lancereaux les signala également en 1884. Mais c'est à Combes qu'on en doit l'étude la plus complète.

D'après lui, le morphinisme détermine une carie, qui attaque d'abord les grosses molaires par leur face triturante et les creuse d'une cavité profonde. Elle s'étend ensuite aux bicuspides, aux incisives et en dernier lieu aux canines, dont l'extrémité conique s'excave en forme de capsule.

C'est l'ivoire qui est le siège de l'altération, laquelle est presque indolore, ne s'accompagne pas de périostite et marche avec une extrême rapidité. On voit des malades qui n'ont pas une seule dent intacte, un an après le début de la carie.

On ne rencontre pas toujours cette régularité dans l'évolution des lésions ni dans l'ordre d'après lequel la carie atteint les divers groupes de dents. Mais il est un fait constant, c'est que cette carie se produit sans douleur, sans périostite et qu'elle coïncide avec la chute des cheveux.

Il est difficile d'en déterminer la cause exactement. Il est probable toutefois qu'elle doit être multiple et tenir à des troubles digestifs produisant une acidité exagérée de la salive et amenant des troubles de la nutrition, ainsi qu'en témoigne la chute des cheveux qui se fait en même temps.

Du côté de l'intestin, on observe une constipation opiniâtre interrompue par des alternatives de diarrhée. Les selles sont douloureuses, sanguinolentes, et sont quelquefois tellement rares que le malade peut n'avoir que deux garde-robes dans un mois, ainsi que le dit Lecerf, qui rapporte sa propre observation.

C. — TROUBLES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Pouls. — On observe le plus souvent le ralentissement du pouls dans le morphinisme. Cet état confirme les observations de Picard sur les animaux. Cet auteur attribue ce ralentissement à une parésie du sympathique et des centres excitateurs intra-cardiaques.

Tension artérielle. — La morphine produit toujours un abaissement de la pression sanguine. Cette hypotension, permanente dans le morphinisme chronique, peut avoir des conséquences assez graves. Nous avons vu, en effet, qu'elle pouvait être la cause d'une albu-

minurie soit passagère, soit permanente et dans ce cas, s'accompagner de lésions rénales.

Fièvre intermittente. — Levinstein a décrit une fièvre intermittente qui serait, d'après lui, de nature morphinique.

Elle aurait tous les caractères et toutes les formes de la fièvre paludéenne. Il y aurait même augmentation de volume de la rate.

Cette fièvre n'a jamais été constatée depuis par personne. Aussi est-il bien probable qu'il y a eu, de la part de Levinstein, une erreur d'interprétation et qu'il a attribué au morphinisme un accident qui reconnaissait une autre cause.

D. — TROUBLES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Les troubles respiratoires sont généralement peu prononcés. Quelquefois, la respiration est courte, incomplète. Le nombre des respirations ne dépasse pas 12 à 14 par minute. Aussi, de temps en temps, faut-il effectuer une large respiration en mettant en jeu les muscles inspirateurs.

L'ascension d'un escalier détermine facilement de l'essoufflement.

Il existe quelquefois une forme de dyspnée assez bizarre que Zambaco a bien observée. La respiration est comme suspendue. Le malade ne peut alors introduire une quantité suffisante d'air dans sa poitrine. Il ouvre la bouche, mais les muscles inspirateurs n'agissent pas avec assez d'énergie pour dilater la cage thoracique, et faire appel à l'air extérieur. Il lui est impossible alors, pendant quelque temps, de faire de grandes inspirations supplémentaires. Il reste ainsi, avec la bouche à moitié ouverte, et il étouffe.

E. — TROUBLES DU SYSTÈME CUTANÉ

Si l'on examine la peau d'un morphinomane, on aperçoit dans certaines régions de petites macules, plus ou moins groupées, de petites cicatrices blanc bleuâtre ressemblant à un véritable tatouage, qui peut avoir son importance en médecine légale.

Ce sont les stigmates des piqûres faites par le malade. On a pu en compter jusqu'à 63000 chez le même individu. Ils donnent à la peau un aspect repoussant qui rappelle parfois celui des parties atteintes de lèpre tuberculeuse.

Par suite de l'introduction constante des solutions de morphine sous la peau ou plutôt dans le derme, la peau s'indure, devient comme lardacée et acquiert une résistance telle qu'il est parfois impossible de la pincer entre les doigts.

Sur certains points, particulièrement aux doigts, on observe des callosités, de véritables petites bourses séreuses au niveau des doigts qui poussent le piston.

On observe quelquefois des éruptions, mais elles sont assez rares dans le morphinisme chronique.

Comanos, Mœbius ont publié des cas d'éruption scarlatiniforme prurigineuse, consécutive à l'emploi de morphine en pilule, en sirop et en injections.

Ces cas, reproduits par certains auteurs, ne doivent pas figurer dans la *symptomatologie* du morphinisme chronique. Ce sont simplement des faits d'intolérance médicamenteuse survenant chez des individus à qui on administre une préparation de morphine dans un but thérapeutique.

Mais, à côté de cela, il existe des éruptions qui se produisent dans certaines conditions que nous allons essayer de déterminer.

Ce sont des éruptions de plaques en relief, rouges,

auxquelles il ne manque que l'élément douleur (amorti, peut-être, par la morphine) pour être de la véritable érythromélalgie.

D'autres fois c'est une véritable urticaire qui présente des particularités intéressantes.

Si elle siège sur un membre, l'avant-bras, par exemple, on voit une ligne horizontale *ondulée* qui la partage en deux parties : l'une pâle, terne, affaissée, comme insensible ; l'autre saillante, et d'une couleur opaline, est entourée d'une ligne rouge *à bords crénelés*. D'autres fois ce sont de grosses plaques rouges, acuminées, blanchâtres au sommet, indurées à la base.

Ces éruptions ne sont jamais apparues que dans des conditions particulières et coexistaient avec des sensations spéciales.

A la suite d'une piqûre, le malade sentait de suite un goût salé, amer dans la bouche, puis des démangeaisons aux pieds, aux mains, dans tous les membres, parfois même l'anus et le clitoris deviennent douloureux.

Les doigts de la main enflent, deviennent rigides, et il est impossible de les rapprocher. L'avant-bras semble lourd, comme engourdi, mais principalement du côté où siège l'éruption.

Ces phénomènes durent une heure, puis disparaissent.

A quoi peut-on les attribuer?

Est-ce à la morphine? Il s'agirait alors d'éruptions médicamenteuses telles que celles décrites par Comanos, Moebius et d'autres. Mais les éruptions de cette nature ne sont autre chose, comme nous l'avons dit, que des phénomènes par lesquels l'organisme manifeste son intolérance pour le médicament. Ils durent tout le temps qu'on fait usage du poison et disparaissent quand on cesse de s'en servir.

Ce n'est donc pas chez des morphinomanes, c'est-à-dire des intoxiqués chroniques, qu'on peut observer des acidents de ce genre.

L'urticaire que nous décrivons est caractérisée par son apparition brusque et sa disparition rapide. Elle s'accompagne de troubles locaux moteurs et sensitifs et de troubles généraux d'ordre nerveux.

Il s'agit donc là d'une lésion nerveuse.

Et si l'on remarque que les malades, chez qui on l'a observée, se piquaient à l'avant-bras, c'est-à-dire dans une région des plus riches en filets nerveux, on arrivera à conclure qu'il s'agit en réalité de la piqûre d'un nerf. C'est elle seule qui peut expliquer l'apparition brusque de l'urticaire et son caractère fugace. Cette opinion que nous émettons ici pour la première fois nous paraît largement justifiée par les récents travaux qui ont établi que l'urticaire était une dermato-névrose.

En outre, on n'a jamais observé cette urticaire sans qu'il y ait en même temps les symptômes généraux, indices de la lésion d'un filet nerveux, que nous décrivons à l'article consacré à la piqûre des nerfs par l'aiguille de la seringue.

F. — TROUBLES DE L'APPAREIL URINAIRE

Très souvent l'injection de morphine est suivie d'une dysurie non douloureuse. Mais on observe aussi des mictions douloureuses avec spasme du muscle vésical et du sphincter urétral. Ces phénomènes peuvent tenir au tempérament névropathique du sujet plutôt qu'au morphinisme lui-même...

La quantité des urines est modifiée. Au début de l'intoxication, il y a de la polyurie, plus tard c'est le contraire, et la quantité tombe au-dessous de la normale.

Albuminurie. — Dans certains cas, il existe une albuminurie véritable, que Levinstein a étudiée très

complètement, et sur la genèse de laquelle on est à peu près fixé. Cet auteur admet trois causes possibles :

1° Une action spéciale de la morphine sur le centre bulbaire ;

2° Des anomalies de pression dans le sang, pouvant aboutir à des affections rénales ;

3° La paralysie des nerfs qui enlacent l'artère rénale. Cette paralysie aurait le même effet que la section du plexus nerveux de l'artère rénale après laquelle de Witich trouva de l'albumine dans l'urine. Mais pour que ce fait purement expérimental pût être appliqué à la pathogénie de l'albuminurie morphinique, il faudrait d'abord démontrer que la morphine exerce une action spéciale et élective sur les plexus rénaux.

M. Huchard, qui a étudié cette question, admet la même pathogénie que Levinstein, mais toutefois en précisant davantage.

Pour lui, il n'y a que deux modes de production de l'albuminurie.

1° L'un par *action de la morphine sur le centre bulbaire*. C'est ainsi que se produit l'albuminurie légère transitoire, sans lésion rénale. C'est un phénomène de même ordre qu'on observe après l'absorption de certains poisons, tels que le chloroforme, qui détermine souvent de l'albuminurie après le sommeil anesthésique ;

2° L'autre par modification de la *tension artérielle*. Cette albuminurie est plus abondante, moins transitoire, sujette à des variations fréquentes et susceptible de devenir permanente. Les recherches sphygmomanométriques lui ont montré, en effet, que la morphine était un des agents qui abaissaient le plus sûrement la pression artérielle. Il en résulte qu'elle détermine à la longue, par l'intermédiaire de cette hypotension, des congestions passives répétées ou permanentes du côté de certains organes et surtout de l'appareil rénal, pouvant aboutir à la production d'une néphrite paren-

chymateuse. Comme, d'un autre côté, celle-ci, caractérisée par le gros rein blanc, se manifeste de bonne heure et pendant tout le temps de la maladie par une hypotension artérielle très accusée, il en résulte que la morphine agit dans un sens défavorable à l'affection rénale, puisqu'elle agit dans le même sens.

Glycosurie. — Elle n'a jamais été constatée que dans l'empoisonnement aigu par la morphine. Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici. Il serait fort possible cependant de la voir signalée dans le morphinisme chronique, puisque nous venons de voir que l'action des poisons sur le bulbe avait pour effet de déterminer de l'albuminurie et de la glycosurie.

G. — TROUBLES DU SYSTÈME GÉNITAL

Impuissance. — Quand on songe que, parmi les adeptes de la morphinomanie, un grand nombre ne s'adonnent volontairement à ce vice que dans l'espoir d'y trouver des satisfactions génésiques plus vives, plus aiguës et devant se renouveler pour ainsi dire à l'infini, on ne saurait trop insister sur le côté erroné de cette opinion qui a fait tant de victimes.

Au début les fonctions génitales subissent en effet une véritable excitation, comme du reste toutes les autres fonctions. La morphine justifie alors pleinement la réputation qu'on lui a faite dans le monde de la galanterie. Mais le revers de la médaille ne tarde pas à apparaître. Avant même la fin du premier mois de morphinisme, on constate une diminution dans le degré de l'érection. Celle-ci est incomplète, la verge n'arrive pas à l'état de rigidité, elle reste molle, c'est une érection de vieillard, qui, à l'encontre de cette dernière toutefois, permet à l'individu toutes les satisfactions qu'il désire et cela autant de fois qu'il le veut. Ball dit très justement que le morphinomane obéit au proverbe

chinois : « Quand on dépense son argent, on n'en saurait trop prendre pour son argent. » Et le morphinomane a raison de se dépêcher d'en prendre, car il ne le pourra bientôt plus. Cet état, qui dure indéfiniment sans être jamais complet, autorise à dire qu'au lieu de l'orage physiologique qui se calme après l'averse, c'est une pluie fine qui tombe toute la journée. (Ball.)

Ce qui caractérise le morphinomane à cette période, c'est qu'il ne conclut jamais.

Chez la femme, l'excitation primitive est peut-être plus psychique. Elle entrevoit dans ses rêves des scènes encore plus délicieuses que la réalité. Mais les excitations physiques se manifestent également, et Ball émet l'opinion que c'est peut-être dans le secret des orgies féminines qu'on trouve l'explication de cette fureur qu'ont presque toutes les morphinomanes à faire du prosélytisme.

M. Paul Garnier a observé une femme galante qui prétendait devoir à la morphine des charmes irrésistibles. Il y a, à cet égard, un côté individuel qu'on ne peut apprécier.

M. Magnan l'a fort bien mis en vedette en classant les génitaux parmi les cérébraux antérieurs et les cérébraux postérieurs, selon qu'ils préféraient le côté idéal et poétique de l'amour ou au contraire ses plaisirs génésiques.

Par conséquent, à ce point de vue, chacun réagit vis-à-vis de la morphine selon son cerveau. Mais ce sur quoi il faut insister, c'est que les rêveries voluptueuses ou les plaisirs charnels sont des plus éphémères, et que, lorsque l'amour est passé, le morphinisme reste avec toutes ses déceptions et avec la perspective d'une déchéance complète pour l'avenir.

A l'excitation du début succède rapidement l'impuissance complète. Celle-ci est d'abord psychique, ce sont les désirs sexuels qui disparaissent les premiers, quelquefois même l'absence de désirs peut aller jusqu'à

une véritable répugnance, qui dépend en partie d'une difficulté physique que Jennings a signalée. « Comme pour les autres parties cutanées et les muqueuses, les organes sexuels perdent leur élasticité, d'où résulte chez l'homme la difficulté de rétraction du prépuce et chez la femme de l'atrésie vaginale. » Peu de temps après que cette impuissance est établie, les spermatozoïdes disparaissent et la sécrétion spermatique est réduite à son minimum. On voit des morphinomanes rester des années sans avoir de pollutions. Il semble que la morphine exerce une sorte d'action d'arrêt, car celles-ci reprennent leur activité lorsqu'on supprime le poison.

Rosenthal a examiné le sperme de deux morphinomanes.

Chez le premier, qui prenait de 30 à 50 centigrammes de morphine par jour depuis plusieurs mois pour un tic douloureux de la face, il constata que le liquide était très fluide et que les spermatozoïdes étaient minces, courts et immobiles.

Chez le second, qui prenait de 60 à 80 centigrammes de morphine par jour, il existait une paralysie du muscle detrusor et pas trace de spermatozoïdes.

Cet état d'impuissance crée, chez ceux qui en sont atteints, un état mental spécial. On voit des maris, se rendant compte de l'impossibilité où ils sont de remplir leurs devoirs conjugaux, arriver à force de persuasion à morphiniser leur femme, afin d'éteindre, chez elle, tout désir sexuel qu'ils seraient incapables de satisfaire : c'est le morphinisme conjugal, dont nous avons parlé. D'autres sont tellement affectés de leur déchéance génitale qu'ils songent au suicide comme au seul moyen de trancher la question, comme s'il n'était pas plus simple de se soumettre au traitement qui leur permettrait de recouvrer l'intégrité de leur individualité.

Cependant, dans ce gouffre du morphinisme où vient

sombrer la virilité, on voit parfois surnager quelques épaves. Jennings cite le cas d'un morphinomane, qui, malgré quatorze ans d'intoxication, avait conservé tous ses moyens.

A côté de ces faits très exceptionnels, on trouve des individus chez lesquels il subsiste encore quelque vestige d'une valeur qui s'éteint.

Une malade de Notta présentait un fait assez bizarre. Immédiatement après la piqûre, elle accusait une grande excitation génésique, mais ne trouvait aucun plaisir dans les rapports sexuels. Sans piqûre, au contraire, l'inverse avait lieu, c'est-à-dire qu'elle n'éprouvait aucune excitation, mais ressentait la jouissance qui accompagne l'orgasme vénérien.

Menstruation. Aménorrhée. — Le phénomène le plus important à signaler, dans cet ordre d'idées, c'est la suppression des règles. Celle-ci se produit assez rapidement, généralement dans les premiers mois de l'intoxication. Elle arrive plus ou moins rapidement selon que l'accroissement des doses aura été lui-même plus rapide. Ce symptôme se produit dans la très grande majorité des cas, et on peut affirmer qu'il y a fort peu de femmes qui ne le présentent pas. Dans certains cas, l'aménorrhée est précédée d'irrégularités et de diminution du flux menstruel, mais elle finit par s'installer d'une façon définitive. On la verra durer pendant tout le temps de l'intoxication et ne cesser que lorsque la femme sera soumise à un traitement qui aura été couronné de succès.

Les auteurs sont divisés sur la façon dont on doit interpréter cette aménorrhée. Tous sont d'accord pour admettre que la morphine agit directement sur l'ovaire pour amener l'atrophie de la glande, de même qu'elle le fait pour les seins (E. Levinstein) et pour les glandes sous-maxillaires, pour celles de l'estomac et de l'intestin (Cl. Bernard). Il en résulterait une sorte d'action d'arrêt qui empêcherait les vésicules de Graaf

d'arriver à maturité et d'amener par acte réflexe la congestion de l'appareil utéro-ovarien, d'où suppression de l'ovulation et de l'écoulement menstruel.

Willibald Levinstein soutient qu'outre la suppression de l'ovulation et de la menstruation, le morphinisme détermine des changements organiques dans le parenchyme de l'utérus et des ovaires. Il a observé une atrophie de l'utérus, dont la capacité était réduite de 7 centimètres à 4 centimètres et demi et une diminution notable du volume des ovaires. Cette atrophie, due à l'inactivité fonctionnelle des organes, d'après lui, disparaîtrait avec la guérison. Passover a également constaté l'atrophie de la vulve et de l'utérus dont la capacité était réduite de 75 millimètres à 50 millimètres.

D'après Stolz, il y aurait au contraire hypertrophie de l'utérus et fonctionnement normal de cet organe. Cette opinion n'est guère soutenable, car presque tous les observateurs ont précisément insisté sur la constance de l'aménorrhée.

Liberson a observé une femme morphinique, qui avait de l'aménorrhée avec aversion pour le coït, des seins pendants et flasques. Les grandes lèvres étaient amaigries, les petites pâles et ratatinées, la muqueuse du vagin sèche, chaude, l'utérus allongé et un peu déplacé, mou, douloureux à la pression, hypertrophié et portant des traces d'inflammation chronique.

Il est bien difficile, dans ce cas, de faire la part du morphinisme et de l'affection utérine qui lui était antérieure.

En résumé, tout le monde est d'accord pour admettre que le morphinisme entraîne avec lui l'aménorrhée et la perte de l'ovulation.

Quant à son action sur l'organe utérin lui-même, elle est encore douteuse; cependant il est bien plus probable qu'il doit se faire un processus d'atrophie plutôt que d'hypertrophie. Nous avons dit, plus haut,

qu'après la guérison du morphinisme, les règles reparaissaient, mais elles peuvent s'accompagner de troubles nerveux plus ou moins accentués. M. Lutaud a rapporté un cas où la malade était restée excitée et présentait à chaque époque des troubles graves et des signes de nymphomanie qui faisaient presque regretter à sa famille le temps où la morphine avait supprimé les désirs. Cet auteur a proposé avec raison de mettre à profit l'action aménorrhéique du morphinisme chronique dans les cas d'affections utéro-ovariennes incurables s'accompagnant d'hémorragies abondantes pouvant par leur répétition compromettre la santé des malades.

Grossesse. — L'ovulation n'est pas supprimée chez toutes les femmes morphiniques. On a rapporté, en effet, des cas où celles-ci, bien qu'aménorrhéiques, avaient pu concevoir.

Goldschmitt, Lœhlein, Braithvaite, Féré et beaucoup d'autres auteurs ont publié des observations de ce fait. Mais l'intoxication morphinique exerce sur la grossesse et sur le produit de conception une influence sur laquelle il est nécessaire d'appeler l'attention.

Le cours de la grossesse peut se faire d'une façon normale. Il en arrive souvent ainsi. Mais quelquefois il y a avortement ou accouchement avant terme. Ces accidents se produisent quelquefois spontanément. D'autres fois ils sont causés par des tentatives de suppression de morphine. Quand celles-ci n'amènent pas d'avortement immédiat, elles déterminent toujours des contractions utérines, des mouvements désordonnés du fœtus, qui obligent à revenir à une dose de morphine suffisante pour éviter ces troubles.

L'accouchement subit souvent un ralentissement très marqué par le fait même de l'action de la morphine sur les fibres musculaires de l'utérus. Zambaco a assisté à un accouchement fait dans ces conditions et en a relaté les détails suivants : « Dès que la femme ne

se sentait plus sous l'influence de la morphine, elle réclamait à cor et à cri une nouvelle injection qu'on était obligé de lui accorder. Mais le travail de l'enfantement se calmait également par la morphine et il se trouvait ainsi de plus en plus retardé. On constatait que toutes les fois qu'on faisait une injection de morphine, les contractions se ralentissaient et parfois même s'arrêtaient net. Pour ne pas entraver l'accouchement, on dut espacer les injections. Mais cela n'ayant pas suffi, on fut obligé d'y renoncer pendant une dizaine d'heures pour ne pas remettre indéfiniment l'acte ultime de la parturition. »

M. Bureau a signalé un fait intéressant : la prolongation de la grossesse d'une quinzaine de jours au delà du terme normal, comme si l'usage habituel et exagéré de la morphine retardait la mise en action de la fibre musculaire utérine. Cet auteur est le premier qui ait analysé le sang placentaire et qui y ait démontré par l'analyse chimique la présence de la morphine.

Pendant les suites de couches, on a remarqué que lorsqu'on espaçait les injections, l'écoulement lochial s'arrêtait, et qu'il survenait des coliques utérines.

Morphinomanie du nouveau-né. — Les femmes morphiniques peuvent donner le jour à des enfants bien constitués et bien portants; mais souvent leur nutrition a été si compromise dans leur vie intra-utérine, qu'ils présentent en naissant soit des vices de conformation, soit d'autres états morbides, dont nous parlerons plus loin.

Lorsque l'enfant vient de naître, on le voit au bout de quelques heures en proie à une agitation continuelle et poussant des cris incessants. C'est l'indice d'un état de besoin développé chez lui par l'abstinence de morphine à laquelle il est soumis depuis qu'il a quitté le sein de sa mère. Si l'on n'intervient pas en lui donnant de l'opium, on le voit généralement dépérir et mourir

de collapsus au bout d'un temps plus ou moins long, variant de quelques heures à quelques jours.

D'autres fois ils sont enlevés par la diarrhée comme dans un cas de Genser où la mort arriva chez deux jumeaux au bout de douze et de quatorze jours. Quelquefois cependant ils peuvent supporter la suppression brusque, mais il est préférable de ne pas tenter l'aventure.

Hamlin a proposé, dans ce cas, de faire nourrir l'enfant par sa mère lorsque cela était possible. Il a rapporté une observation où la mère a pu ainsi se dispenser de donner de la morphine à son enfant. Mais son lait ayant disparu, elle dut lui donner de la morphine. L'enfant mourut de diarrhée.

Dans les cas de morphinisme, l'allaitement par la mère sera toujours très difficile, car ces malades ont rarement du lait, et quand elles en ont la sécrétion en est vite tarie. Nous savons, en effet, que l'intoxication morphinique chronique exerce une action défavorable sur les glandes et par suite sur leur produit de sécrétion...

Souvent ces enfants sont emportés par des convulsions.

Dans un cas de Carson, l'enfant mourut ainsi au bout de quatre mois. Régnier a observé une femme qui eut quatre enfants, qui moururent tous ainsi, l'un à six ans, la deuxième à quatre ans, le troisième à trois ans, le quatrième à deux ans.

Dans un cas de Marta, le fœtus est venu au monde mort et hydrocéphale. On avait fait, pendant la grossesse, une cure de suppression morphinique.

Goldschmitt a publié un cas où, dans les mêmes conditions, un enfant est venu au monde mort-né.

Il semble donc contre-indiqué, dans l'intérêt de l'enfant, de tenter la suppression de la morphine chez la mère, pendant la grossesse. Cela est d'autant plus rationnel que nous venons de voir qu'on était obligé

de lui donner de la morphine après sa naissance pour éviter des accidents mortels.

Le morphinisme paraît exercer, dans certains cas, une fâcheuse influence sur le cerveau des enfants. Carson a observé une mère, opiophage depuis huit ans, qui donna le jour à deux jumeaux, à qui l'on dut donner de l'opium pour apaiser les cris, et l'on continua à l'administrer tous les jours. A l'âge de deux mois, l'un des jumeaux mourut. Le deuxième est resté opiophage jusqu'à l'âge de sept ans, époque à laquelle il prenait 60 centigrammes d'opium solide en vingt-quatre heures. On l'en déshabitua progressivement.

Cet enfant est idiot.

Il est vrai d'ajouter qu'une de ses tantes a donné le jour à trois enfants idiots et malformés.

Le morphinisme a donc pu, dans ce cas, se borner à accentuer la prédisposition héréditaire.

Cependant il serait bien intéressant de connaître l'influence que le morphinisme exerce sur la descendance de ses adeptes. On peut observer, chez des enfants très bien portants, un retard d'évolution ; Fürst a cité un fait de ce genre où un enfant né d'une mère morphinomane n'apprit à parler que vers l'âge de deux ans et eut sa première dent à dix-huit mois.

M. Bureau a eu l'occasion d'accoucher trois fois une femme morphinomane. Les deux premiers enfants naquirent bien constitués. L'un d'eux mourut au bout de sept jours en présentant une agitation extrême et quelques mouvements convulsifs, probablement par suite de la suppression de la morphine. Le troisième présente des vices de conformation intéressants à signaler : pied bot talus à gauche, asymétrie de toute la tête.

Le côté gauche est dans son entier comme atrophié.

Le pavillon de l'oreille de ce côté est accolé sur le crâne et très peu développé. C'est cet enfant qui a permis à M. Bureau de déceler pour la première fois

la présence de la morphine dans le sang placentaire.

Smith a observé un diplomate, fort intelligent, qui trouva le moyen d'être morphinomane pendant trente-cinq ans, sans dépasser la dose de 30 centigrammes. Il eut quatre enfants : l'un est mort phtisique et imbécile, un autre est idiot, le troisième imbécile, puéril dans ses actes et dépravé, le quatrième (une fille) est dément. Dans ce cas, l'influence de l'intoxication paraît assez nette.

A côté de la morphinomanie intra-utérine, on observe quelquefois le morphinisme acquis. Little a rapporté l'observation d'un enfant à qui l'on commença à donner de la morphine à l'âge de trois semaines pour calmer les douleurs causées par une arthrite suppurée. Il fut morphinisé ainsi pendant huit mois, puis guéri par la suppression brusque.

Volfovitch a publié un cas de ce genre qui présente un grand intérêt pratique. Il fut appelé, un jour, près d'une petite fille élevée au biberon et bien portante à la naissance, parce que depuis huit jours elle ne dormait pas une seconde littéralement, et criait constamment. La nourrice lui avait donné une décoction de têtes de pavot. Au début une petite tête suffisait, bientôt il en fallait trois pour que l'enfant dormît. Après six à huit heures de sommeil, elle se réveillait dispos et tranquille, prenant volontiers le biberon.

A l'examen de la petite malade, âgée de quatre mois, on constatait que son développement était fort peu avancé, la peau flasque, le tissu cellulo-adipeux et les muscles étaient excessivement atrophiés, les muqueuses pâles, les extrémités froides; les organes des sens n'étaient pas encore développés.

Ce médecin supprima la décoction de pavot. Pendant les huit jours que dura cette suppression, l'enfant fut très agité, pleurait continuellement et ne voulait pas prendre de nourriture. Il était très affaibli, la respiration était fréquente, le pouls faible et accéléré.

Volfovitch lui fit alors prendre un peu de décoction de pavot sans sucre et il vit l'enfant qui pouvait à peine se tenir, à cause de sa faiblesse, se jeter avidement sur la boisson amère et au fur et à mesure qu'il vidait le petit flacon, il devenait plus gai et se ranimait. Après un sommeil de quelques heures qui s'ensuivit, il s'est réveillé frais et gai. L'habitude était déjà tellement accentuée qu'il était impossible de priver l'enfant de sa boisson préférée.

A l'âge de sept mois l'auteur revit cette fillette et constata que le développement physique et psychique n'avait pas fait de progrès, on aurait dit un enfant de deux à trois mois. L'ouïe et la vue étaient nulles. L'enfant ne reconnaissait personne, son regard était vague, la figure sans trace d'expression, sans sourire.

Cette observation présente quelques particularités sur lesquelles nous appellerons l'attention.

1° L'arrêt de développement déterminé par l'opium nous semble incontestable, ce qui confirme l'opinion que nous soutenions plus haut à cet égard.

2° Il est assez curieux de voir que la suppression brusque du poison pendant huit jours n'a pas pu déshabituer cette fillette de l'opium, tandis que généralement les enfants supportent bien la suppression brusque.

H. — TROUBLES DE LA NUTRITION

Les troubles de la nutrition apparaissent à une époque variable du début de l'intoxication. C'est ainsi qu'on voit des morphiniques rester des années sans présenter de trouble nutritif appréciable, tandis que chez d'autres ceux-ci apparaissent au bout de quelques mois.

Ce qui frappe au premier abord, chez les morphiniques, c'est leur maigreur qui est extrême. Les pom-

mettes sont saillantes et se recouvrent parfois de plaques violacées qui tranchent sur le teint blafard de la face. Cette coloration est assez importante à signaler. Elle indique que l'heure de la piqûre a sonné et que le malade est obligé d'attendre pour des raisons de convenance ou autres. C'est donc un signe qui, à défaut d'autres, pourrait mettre sur la voie du diagnostic. Ce retard dans la piqûre est suivi quelquefois de diarrhée très tenace.

L'haleine des morphinomanes a une odeur particulière qu'il est assez difficile de définir, mais qui ne trompe pas. Dernièrement je causais avec un fabricant d'instruments de chirurgie qui a une clientèle de morphinomanes assez nombreuse. Il me déclara qu'il suffisait que son client ait prononcé quelques paroles pour que son haleine lui révélât immédiatement à quel genre de malade il avait affaire.

Le teint a une couleur plombée, très caractéristique chez les vieux morphinomanes.

Le regard est hébété, ahuri, atone. La physionomie est sans expression, c'est un masque immobile. Bientôt apparaissent des rides prématurées, qui donnent à la face un aspect vieillot.

Une malade de Zambaco, qui se faisait des injections aux tempes, avait déterminé dans cette région un empâtement de tissu qui lui donnait une expression de lynx.

Les membres sont comme décharnés et il y a de temps en temps de l'œdème aux membres inférieurs.

On observe souvent des taches bleuâtres sur différents points du corps, indiquant un certain degré d'hypoxémie.

La vitalité des tissus est très diminuée. Le moindre coup, la moindre chute produisent des ecchymoses.

Cette diminution de vitalité a en outre pour conséquence de favoriser le développement des microbes pathogènes, ce qui explique la facilité avec laquelle

apparaissent les abcès, phlegmons, érysipèles et toutes les complications des plaies dues à une action microbienne.

Nous avons vu que les dents étaient le siège de troubles trophiques qui amenaient des caries spéciales. Conjointement à ces lésions on constate souvent la chute des cheveux.

La nutrition peut être assez profondément altérée pour amener une diminution des échanges nutritifs qui peut favoriser le développement de la tuberculose, comme on l'observe dans l'alcoolisme.

I. — DE L'INFLUENCE DU MORPHINISME SUR L'ÉVOLUTION DES MALADIES

Affections aiguës et infectieuses. — Cette étude est encore très peu avancée. En ce qui concerne les maladies aiguës, on sait peu de chose. Charcot, cependant, a déjà signalé, il y a longtemps, l'influence du morphinisme dans la production d'un délire furieux au cours de la pneumonie et de la tendance qu'avait cette affection à se terminer par la gangrène. M. Dumontpallier a noté également cette tendance qu'il a observée chez un morphinique qui succomba à une pneumonie gangreneuse.

Il a également signalé ce fait que, chez les ataxiques dont la maladie suivait une marche lente, on voyait celle-ci faire tout d'un coup de rapides progrès sous l'influence continue des injections.

Whipham a rapporté un cas de pleuro-pneumonie qui enleva le malade en quatre jours. Son observation très détaillée confirme ce fait que les maladies aiguës suivent une marche rapidement fatale chez les morphinomanes.

M. Richardière a appelé l'attention sur cette ques-

tion, en publiant une observation fort intéressante que nous résumerons :

Un médecin morphinomane était atteint de grippe laryngo-trachéale. Il eut une broncho-pneumonie double, qui présentait un caractère de gravité spéciale en raison de l'état du cœur, dont les battements étaient faibles, ondulants et même irréguliers. Le pouls était d'une fréquence excessive et presque impossible à compter, il présentait des ondulations qui faisaient empiéter les ondulations l'une sur l'autre. L'oppression était extrême, la dyspnée continue. Toutes les heures, il avait des accès de suffocation épouvantables ressemblant à des accès d'asthme.

Pendant leur cours, le malade, malgré ses efforts, n'arrivait pas à faire entrer l'air dans sa poitrine. Il était assis sur son lit, mettant en jeu toutes les puissances inspiratoires accessoires. Sa figure devenait violacée, les veines du cou se gonflaient. Le malade sentait qu'il allait suffoquer.

Si ces accès avaient duré quelques minutes, nul doute qu'ils n'eussent déterminé sur-le-champ la mort du malade.

Le cœur se contractait mal, probablement par suite de la difficulté qu'éprouvait le ventricule droit à lancer l'ondée sanguine dans les poumons en partie imperméables.

On fit des injections de morphine qui amenèrent une détente notable dans les accidents dyspnéiques. Ceux-ci se reproduisirent plusieurs jours de suite, toujours avec une gravité extrême.

Cette dyspnée est évidemment de nature morphinique et peut s'expliquer, en ce que la broncho-pneumonie ayant déterminé dans l'appareil nerveux du poumon un lieu de moindre résistance, c'est lui qui a le plus souffert de la privation de l'excitant habituel et sa souffrance s'est traduite par l'explosion des accidents de la dyspnée.

On tirera donc cette conclusion que, dans les maladies aiguës, surtout les maladies infectieuses qui dépriment si fortement le système nerveux, il faudra bien se garder de supprimer la morphine, sous peine de voir éclater des accidents graves.

On voit des morphinomanes arrivés à la dernière période, succomber à la phtisie. S'appuyant sur des faits de ce genre, les Allemands ont décrit en 1876 une phtisie morphinique.

Dans ce cas, la maladie se développe par suite de la diminution des échanges nutritifs qu'amène l'abus de la morphine. Cette phtisie est semblable à celle des buveurs. Elle débute ordinairement par le sommet droit et se met à marcher très vite. On observe quelquefois, dans son cours, des sueurs nocturnes dont l'abondance est telle que le malade est obligé de changer de linge plusieurs fois par nuit (Lancereaut).

Morphinisme et Syphilis. — Lorsque la syphilis vient à se greffer sur un terrain morphinique, elle présente dans son évolution une marche particulière. Quelques mois après l'apparition de l'accident primaire, on assiste à l'éclosion des accidents tertiaires, ecthyma, gommes, etc.

Pichon a rapporté une observation de ce genre des plus curieuses.

Un individu qui était à la fois syphilitique et morphinique avait le corps littéralement couvert de nappes purulentes. Toutes les piqûres, sans exception, provoquaient l'apparition d'un abcès. Comme il se faisait trois piqûres par jour, il avait vu le champ cutané de ses piqûres se rétrécir peu à peu. Ces collections purulentes avaient une couleur rouge cuivré et une indolence absolue.

Au point de vue dermatologique elles avaient le caractère vésico-bulleux du rupia et du pemphigus syphilitiques.

On voit ici combien l'association du morphinisme et

de la syphilis avait préparé un terrain des plus propices à la suppuration. Le milieu de culture ainsi créé présentait des qualités si parfaites qu'il suffisait du petit traumatisme causé par la piqûre de l'aiguille pour amener une suppuration. Les précautions antiseptiques étaient impuissantes à l'en empêcher.

Morphinisme et Diabète. — On sait bien peu de chose sur l'influence que le morphinisme exerce sur la marche du diabète. Biggs a cependant publié une observation qui présente un grand intérêt. Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, qui était morphinomane depuis quatre ans. Pendant son traitement de suppression, il s'aperçut qu'elle était diabétique et ne s'en préoccupa pas autrement. De 40 centigrammes il avait abaissé la dose de morphine à 3 centigrammes en une semaine.

Il vit alors le sucre augmenter dans des proportions considérables. La malade devint somnolente, en proie à un délire marmottant, et son état devint si grave qu'il n'osa pas supprimer complètement la morphine.

Il maintint au contraire la malade à la dose de 5 centigrammes par jour. Elle s'améliora ainsi lentement et, au bout de deux semaines, elle était revenue à son état de santé primitif. Il l'a observée pendant deux ans, continuant constamment de lui faire prendre la même dose de morphine.

Il aurait été important de savoir à quelle nature de diabète on avait affaire dans la circonstance. Était-ce du diabète arthritique ou du diabète nerveux? La lecture de l'observation semblerait plutôt conclure en faveur de ce dernier. On comprendrait en effet que, dans ce cas, le morphinisme, en portant son action sur les centres nerveux, sur lesquels il exerce une sorte d'action d'arrêt, aurait pu modérer la production du sucre. Puis lorsqu'on est arrivé à supprimer presque complètement la morphine, le système nerveux ne trouvant plus le frein qui restreignait la formation du

sucre, s'est mis tout d'un coup à en fabriquer d'une façon déréglée, amenant en même temps des symptômes comateux. Il suffit ensuite d'une dose convenable de morphine pour ramener tout dans l'ordre.

Il faut donc conclure de là que, chez le diabétique, il faut être très prudent dans la technique du sevrage et que l'on devra faire de fréquents dosages de sucre afin de voir si la démorphinisation ne s'opère pas trop rapidement.

Morphinisme et Chirurgie. — Au point de vue chirurgical, le morphinisme est très pernicieux. Verneuil a signalé, il y a longtemps, que les morphiniques présentaient un terrain dangereux pour le chloroforme. Il n'est pas rare, en effet, de voir ces malades tomber dans un collapsus quelquefois mortel pendant qu'on les chloroformise avant une opération quelconque.

Morphinisme et Hystérie. — On rencontre très souvent l'hystérie chez les morphinomanes. Nous avons vu en effet que cette névrose créait pour ceux qui en étaient atteints une véritable prédisposition aux intoxications passionnelles.

Mais ce qui nous importe ici c'est de voir comment l'hystérie se comporte chez les morphiniques.

Pendant tout le cours du morphinisme, les attaques convulsives disparaissent, ce qui se comprend facilement; car sous l'influence du poison, les éléments nerveux ont perdu l'excitabilité qui leur est nécessaire pour produire des phénomènes convulsifs. Nous verrons, au contraire, qu'il en sera tout autrement au moment de la suppression du poison.

La *sensibilité* présente des modifications intéressantes et assez paradoxales. Ainsi, on voit la sensibilité cutanée reparaître chez les hystériques qui l'ont perdue. Ball rapporte le cas d'une jeune hystérique chez qui le sens tactile était complètement disparu, non seulement sur la peau mais encore sur les muqueuses. L'intérieur de la bouche était absolument

anesthésié et la malade ne reconnaissait pas le contact des dents avec la langue, mais par compensation elle avait des viscéralgies très intenses. On prit le parti de lui pratiquer des injections de morphine; elle parvint rapidement à la dose de 8 centigrammes par jour et, sous l'influence de ce traitement, on vit les douleurs disparaître et la sensibilité normale se réveiller.

L'abstinence au contraire amenait l'anesthésie.

Morphinisme et Somnambulisme. — L'intoxication morphinique peut-elle provoquer chez des individus prédisposés la production d'un état second, d'un état de somnambulisme? Cette question non encore élucidée mériterait une étude approfondie. Cependant les quelques documents que l'on possède constitueraient une présomption en faveur de la possibilité de la chose.

Ainsi le phénomène que nous signalions tout à l'heure, c'est-à-dire le retour de sensibilités abolies, s'observe également chez les hystériques en état de somnambulisme.

On est donc en droit de se demander avec Pierre Janet s'il ne s'agit pas là d'un état de somnambulisme, d'un état second avec restauration des sensibilités perdues, le tout provoqué par la morphine.

Cette hypothèse semblerait confirmée par une observation très intéressante de Brazier. Celui-ci a soigné un officier de marine qui était morphinomane depuis longtemps et qui, la nuit, était pris de somnambulisme. Il se levait et, dans l'obscurité la plus complète, se livrait à ses travaux habituels. Il lui est arrivé maintes fois de commencer et d'achever des mémoires administratifs, des rapports ministériels très complets et aussi coordonnés qu'il les eût faits à l'état normal. Bien plus, relisant après coup ces élucubrations, il a été fort surpris d'y trouver des renseignements, des chiffres qu'il ne possédait pas à l'état de veille. Il lui eût fallu, dans ce dernier cas, faire des recherches pour retrouver ces détails qui n'étaient plus dans sa

mémoire consciente et que l'état second du somnambulisme allait rechercher dans les couches d'activité inconscientes de son cerveau.

Il ne se souvient de rien au réveil. Souvent il a été surpris de retrouver dans un tiroir un mémoire de son écriture sur un sujet qui l'avait préoccupé la veille. Mieux encore, certains de ses travaux ont été accomplis en plusieurs nuits consécutives, le somnambule reprenant sa besogne juste au point où il l'avait laissée à la fin de sa dernière séance de somnambulisme.

Brazier a eu soin de se renseigner sur les antécédents héréditaires du malade, qu'il a trouvés être absolumenf négatifs. Il aurait été très important de rechercher les stigmates hystériques chez ce malade, ce qui n'a pas été fait.

Mais ce qui paraît hors de doute c'est que le morphinisme a pu provoquer un état somnambulique complet, exactement comme on pourrait le faire expérimentalement. Or il nous semble bien peu admissible qu'une intoxication chronique puisse développer un état semblable sans que le malade fût atteint d'une tare névropathique héréditaire ou acquise et, dans le cas particulier du somnambulisme, la tare en question ne peut être que l'hystérie.

J. — ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA PIQURE

Abcès. — Dans le cours du morphinisme on voit survenir, au bout d'un temps plus ou moins long, des abcès dont le nombre et le volume sont variables. Tantôt ils apparaissent à l'endroit même où l'on a fait la piqûre, tantôt dans un point absolument vierge de toute piqûre. D'autres fois on les voit survenir même après que le malade a cessé l'usage de la morphine.

Si l'on fait l'examen bactériologique du pus de ces abcès, on y constate la présence de streptocoques très

abondants et si l'on fait des cultures, elles donnent des colonies pures de ce microbe.

Leur volume varie depuis celui d'un noyau de cerise jusqu'à celui d'une grosse noix.

Leur nombre peut être considérable et, en se réunissant les uns aux autres, ils arrivent à former une vaste plaie, exposée à l'infection et par conséquent faisant courir au malade de sérieux dangers. C'est ainsi qu'on voit des membres entiers, tels que le bras ou la cuisse, convertis en une surface suppurante.

Si l'on examine ces abcès isolés, ils ressemblent assez à des furoncles, dont la réaction inflammatoire serait modérée.

Ils débutent par une induration indolente d'abord, mais qui ne tarde pas à devenir douloureuse et, vers le neuvième jour, apparaissent des douleurs très vives et la suppuration s'établit.

Pendant ce temps, la tumeur augmente de volume, devient rouge, violette et de plus en plus sensible à la pression. Després compare très justement cette évolution à celle d'une gomme, abstraction faite de l'élément douloureux.

Si on abandonne la tumeur à elle-même, il se forme une ulcération et le pus s'écoule au dehors, entraînant avec lui une masse analogue au bourbillon d'un furoncle.

Ces abcès sont remarquables par la facilité avec laquelle ils récidivent sur place; si, par exemple, on ouvre un abcès sans prendre la précaution d'y placer un drain, le lendemain on le trouve reformé et il faut faire une nouvelle incision.

L'étendue souvent assez grande que prennent les abcès peut déterminer un phlegmon diffus d'autant plus grave que les morphinomanes sont dans un état physique assez précaire. Il faut alors se hâter de faire de larges incisions et d'appliquer des pansements rigoureusement antiseptiques.

La marche de ces abcès est très lente, la cicatrisation se fait difficilement, souvent même on voit d'anciens foyers abcédés se transformer en ulcères atones, à bords irréguliers et taillés à pic, à surface fongueuse entourée d'une peau amincie livide. Cette lenteur dans la marche et dans la cicatrisation est la conséquence des troubles de nutrition profonds dont sont atteints les morphiniques.

Quelle est la cause de ces abcès? Ceux-ci reconnaissent pour cause unique l'inoculation microbienne faite par l'aiguille de la seringue.

Toutefois, pour que cette inoculation arrive à former du pus, il faut que les microbes trouvent un terrain favorable.

Car l'on sait que l'imprégnation morphinique a pour conséquence d'amener dans tout l'organisme une nutrition insuffisante qui diminue la vitalité et la force de résistance des tissus. D'autre part, la pénétration répétée de l'aiguille détermine peu à peu une irritation du derme qui aboutit parfois à une véritable dermite aiguë. Ces conditions sont donc des plus favorables à la pullulation des streptocoques. Aussi voit-on les abcès se former avec une rapidité surprenante et n'apparaître que lorsque la dose de morphine est suffisamment élevée pour amener l'imprégnation des tissus. Ainsi, au-dessous de cinq centigrammes, il est rare d'en observer. Au-dessus de cette dose, on peut être sûr de les voir apparaître au bout de six mois à un an.

On pourrait objecter, à l'explication que nous venons de donner, ce fait que l'on voit des abcès apparaître dans des endroits vierges de piqûre et même quand les malades ont cessé depuis un certain temps l'usage de la morphine.

Mais les recherches microbiologiques nous ont appris que des microbes, introduits dans un endroit, pouvaient y pulluler et aller par les voies lymphatiques former un abcès dans un autre endroit éloigné de leur lieu

d'introduction, là où ils trouvent des conditions favorables à leur évolution.

D'autre part nous verrons plus loin que, malgré la suppression du poison, il reste de la morphine dans l'organisme pendant un temps assez long après que le malade a cessé les piqûres et, par conséquent, tant que le poison ne sera pas complètement éliminé on pourra assister à la formation d'abcès.

Ces abcès peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, même de la part des médecins instruits.

Il est arrivé à Feréol une mésaventure de ce genre qui est instructive à plus d'un point de vue. Ce médecin avait, dans son service, à l'Hôtel-Dieu, un malade qui présentait une série de petits abcès sous-cutanés, offrant une distribution symétrique au niveau des parois de l'abdomen et des cuisses. Il pensa qu'il avait affaire à du farcin. Le concours du Bureau Central ayant lieu, à ce moment, on donna ce malade à examiner à M. Marie. Celui-ci, qui avait observé souvent des morphinomanes à la Salpêtrière, porta le diagnostic d'abcès morphiniques.

Feréol n'accepta pas ce diagnostic et fit faire l'examen bactériologique du pus par M. Nocard, qui constata la présence de bacilles semblables à ceux de l'affection farcino-morveuse. Mais les résultats de l'inoculation ayant été négatifs, on soumit le cas à M. Bouchard, qui déclara que ces abcès étaient consécutifs à des piqûres de morphine pratiquées clandestinement.

On fit alors immédiatement fouiller les effets et la literie de cet individu qui, voyant tout subterfuge inutile, se décida à avouer et remit au médecin une seringue et une solution de morphine soigneusement dissimulées avec lesquelles il se faisait journellement des injections.

Le traitement de ces abcès consiste dans l'incision et le drainage, s'ils sont assez volumineux.

Lorsqu'au contraire ils sont petits, on se borne à y introduire un fil de chanvre, de façon à faire séton et à assurer ainsi l'écoulement du pus.

Piqûre d'un nerf. — La piqûre d'un nerf est un accident assez rare, car les morphinomanes choisissent habituellement pour se piquer des régions pauvres en filets nerveux.

On ne l'observe guère que lorsqu'ils se font la piqûre à l'avant-bras. Ils éprouvent alors une espèce de vibration, de vapeur tant soit peu douloureuse qui traverse comme un éclair tout le bras où l'on a fait la piqûre. Cette sensation chemine vers le cou, la tête et se propage rapidement au membre thoracique opposé jusqu'à la main. Bientôt toutes ces parties sont le siège d'une sorte de lourdeur, d'engourdissement. Quelquefois, au lieu de se propager jusqu'au membre du côté opposé, ces sensations restent localisées au membre où siège la piqûre. Les doigts sont enflés, restent rigides au point qu'on ne peut les rapprocher. En même temps on voit apparaître sur l'avant-bras une éruption d'urticaire à bords crénelés, que nous avons décrite plus haut.

Zambaco analyse très bien ce phénomène en faisant remarquer que l'impression, partant du point piqué, se propager d'une manière ascendante et rapide comme le fluide électrique vers le plexus brachial, qu'elle arrive d'un côté vers la tête, tandis que d'autre part elle atteint la moelle et se réfléchit par l'intermédiaire des branches homologues opposées émanant de la même région sur le membre thoracique gauche.

On sait que les modifications d'un nerf périphérique retentissent sur le centre médullaire et peuvent produire des expressions similaires sur d'autres nerfs périphériques qui prennent naissance dans le voisinage de ce centre.

Piqûre des vaisseaux. — Cet accident est beaucoup moins grave dans le morphinisme que certains auteurs

l'ont écrit. Il n'en serait pas de même si l'on faisait une injection de morphine dans une veine chez un individu non accoutumé à ce poison. Car Laborde a montré qu'il suffisait d'un centigramme ainsi introduit dans la circulation pour amener la mort chez les animaux.

Quand cet accident se produit, on observe tout d'abord des symptômes de congestion céphalique plus ou moins accentués, tels qu'éblouissements, vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, rougeur de la face, battements aux tempes. Quelquefois cet effet est si marqué que le malade est comme anéanti et reste sans pouvoir parler ni remuer.

Dans les cas graves la face devient bleuâtre, est animée de mouvements convulsifs et une sueur froide couvre le corps. Cela peut durer ainsi près d'une heure, mais généralement ces phénomènes arrivent subitement et disparaissent au bout de peu de temps.

Les troubles de la sensibilité se manifestent par des sensations de fourmillements, de picotements, de chaleur brûlante par tout le corps.

Ces sensations s'accompagnent d'un sentiment de bien-être, qui rappelle l'euphorie du début : aussi voit-on des morphinomanes faire leurs injections uniquement dans les veines afin de retrouver cette virginité morphinique qu'ils ont perdue et aussi pour économiser de la morphine, car il suffit ainsi d'une quantité de morphine trois fois moindre qu'en injection sous-cutanée pour obtenir le même effet.

Transmission de maladies contagieuses par l'aiguille de la seringue. — Lorsqu'on se sert d'une même aiguille pour faire des injections sous-cutanées à différentes personnes, si l'on n'a pas soin de prendre des précautions antiseptiques sérieuses, on peut inoculer à une personne saine une maladie infectieuse.

Des faits de ce genre sont encore peu nombreux, ils doivent être rares. König a rapporté un cas de ce genre dont nous allons résumer les parties impor-

tantes. Un médecin, âgé de trente-huit ans, qui était à la fois morphinomane, alcoolique et cocaïnomane, portait au thorax et à l'abdomen des abcès avec infiltration purulente que l'on dut opérer. A peine avait-on commencé à lui donner le chloroforme qu'il eut une attaque épileptiforme et mourut. L'autopsie révéla une tuberculose péritonéale. On ne trouva trace de processus tuberculeux dans aucun autre organe et il n'y avait eu, pendant la vie, aucun signe de tuberculose locale.

Ce médecin, qui avait une clientèle limitée, donnait des soins très assidus à une malade phtisique à qui il faisait tous les jours des injections de morphine. Il se servait, pour cette malade, de la même aiguille dont il faisait usage pour lui-même et qu'il s'introduisait à l'abdomen.

Il est donc très vraisemblable qu'il s'est inoculé avec l'aiguille de la seringue les bacilles tuberculeux de sa malade.

Brock a rapporté trois cas de tétanos survenus chez des morphiniques à la suite des piqûres.

Il les attribue à l'impureté de la solution, soit parce qu'elle contenait des microbes du tétanos, soit parce qu'elle avait subi des modifications qui auraient amené la formation d'alcaloïdes tétanifères. Ce sont là de simples hypothèses qu'il aurait cependant été bien facile de contrôler.

Dans une communication orale, M. Bouchard a rapporté un fait très démonstratif. A l'époque où il avait un service à Bicêtre, on faisait tous les soirs une piqûre de morphine à quatre ataxiques, dont les lits étaient disséminés dans la salle, c'est-à-dire ne se suivaient pas. L'un de ces ataxiques fut pris d'un érysipèle bronzé, dû à ce qu'il se servait en cachette d'une seringue très sale et d'une solution impure qui étaient cachées dans son lit et qui furent retrouvées après sa mort.

La piqûre fut faite, comme d'habitude, malgré l'érysipèle, à lui d'abord, puis aux trois autres malades avec la même aiguille. Le lendemain, ces trois malades furent pris d'érysipèle et, sur ces quatre ataxiques, trois succombèrent. Aucun autre malade de la salle ne fut atteint d'érysipèle.

K. — MARCHE ET TERMINAISONS DU MORPHINISME

On peut diviser la marche du morphinisme en trois périodes : Période d'euphorie. Période d'intoxication. Période de cachexie.

Période d'euphorie.

Au début, on peut dire que le morphinomane jouit de son poison, il n'en éprouve que du bonheur et de la satisfaction.

Lorsqu'il a fait sa piqûre, il est un tout autre homme qu'auparavant, il vit dans un monde idéal où il ne trouve ni les déboires, ni les rivalités, ni les veuleries de celui-ci.

Au physique, il est capable de faire toutes les prouesses qu'on lui demandera. Au moral, il se sent un homme supérieur, capable de s'assimiler toutes les questions les plus ardues. Mais au bout d'un certain temps, cette supériorité ne s'affirme plus d'une façon aussi nette, l'idéal qu'il entrevoyait se rapproche du terre à terre, la sensation de bien-être est remplacée par un malaise bizarre, il a de l'inquiétude, de l'angoisse, des bâillements incessants. Il se fait une nouvelle piqûre et tous ces malencontreux malaises s'évanouissent instantanément. C'est le nuage qui obscurcit pendant quelques instants le ciel bleu d'un beau jour d'été. Il suffit d'un coup de vent pour dissiper le nuage et revoir le ciel azuré; il suffit d'une piqûre pour

chasser l'inquiétude et retrouver le beau rêve, la douce extase.

Le temps pendant lequel on reste ainsi dans cet état d'euphorie est d'abord assez long, 24 heures quelquefois. Mais l'accoutumance se faisant tous les jours, il faut rapprocher les piqûres. On n'obtient plus alors que des périodes de 12 heures, puis de 6, de 3, puis de quelques minntes, enfin toute sensation d'euphorie disparaît.

Mais si cette sensation d'euphorie a disparu, il y en a une autre qui reste et qui est la punition du morphinomane, c'est la sensation de besoin.

Elle est comme le boulet qui rive le morphinomane à sa chaîne. C'est elle qui l'obligera à augmenter sa dose de poison afin de prolonger le plus possible l'intervalle qui sépare deux piqûres et pendant lesquelles il jouit d'un peu de tranquillité.

Période d'intoxication.

Les phénomènes d'intoxication se manifestent par la perte du sens génésique, par de l'aménorrhée, par des troubles digestifs, surtout par de la sécheresse de la bouche, des nausées, de l'inappétence. Celle-ci est un prétexte à piqûre, car les morphinomanes remarquent vite qu'une piqûre faite au moment du repas leur donne l'appétit qui leur manquait. La voix devient rauque et les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent plus chanter. Puis la mémoire commence à être infidèle. L'insomnie devient rebelle. Le malade passe ses nuits à lire et le lendemain matin, épuisé de fatigue, il est obligé de se contenter d'une légère somnolence, qui n'a rien de commun avec un véritable sommeil réparateur. Aussi, dans la journée, est-il impressionnable, de mauvaise humeur. Il a de la tendance à rester blotti, comme engourdi. Il ne pense plus qu'à lui et se désintéresse de tout ce qui ne se rapporte pas à

lui. Cette situation se renouvelant tous les jours amène des modifications de caractère très appréciables.

Ce qui domine, chez lui, c'est l'hyposthénie psychique se caractérisant par une inertie morale absolue, une absence de volonté et un égoïsme complet.

La constipation devient opiniâtre, on voit des abcès apparaître en différents points du corps. Les nuits continuent à être de plus en plus mauvaises. S'il arrive à fermer l'œil, le morphinomane est réveillé en sursaut par des cauchemars effrayants, accompagnés de phénomènes hallucinatoires de divers ordres.

A mesure que les mois s'écoulent, l'intoxication s'accentue parallèlement à l'augmentation des doses de poison.

Les troubles de nutrition, déjà caractérisés par un amaigrissement notable, s'accusent encore davantage par la chute des cheveux, les altérations dentaires.

Le facies devient vieillot, caduc, les yeux perdent leur éclat, l'haleine est fétide. L'indifférence qui le caractérise lui fait renoncer à tous les soins de propreté et à toutes les marques extérieures de respectabilité. Depuis longtemps la coquetterie n'existe plus qu'à l'état de souvenir. On voit les femmes perdre tout sentiment de pudeur, et tomber dans une déchéance absolue.

A ce moment, on peut encore essayer d'arracher le malade à sa funeste passion.

Période cachectique.

Si l'on n'a pu réussir à guérir le morphinomane, ou si, après un traitement, suivi de succès, il reprend ses habitudes, on le voit recourir vite à des doses plus élevées qu'auparavant. Alors l'intoxication continuant sa marche lente, mais sûre, on voit les troubles de nutrition devenir de plus en plus marqués.

La maigreur de l'individu est squelettique, toutes les

sécrétions sont à peu près supprimées. Il apparaît de l'œdème aux membres inférieurs. Le malade ne peut faire quelques pas sans être oppressé par un sentiment de constriction thoracique.

Les battements du cœur sont affaiblis. Il existe une augmentation de la matité précordiale et un affaiblissement du choc de la pointe.

Le pouls est petit et irrégulier.

Les urines sont rares, il y a souvent de l'albuminurie.

A ce moment, il est trop tard pour revenir en arrière. Tout traitement est rendu impossible par l'état du cœur et des reins.

Supprimer la morphine serait amener inévitablement la mort du malade. Aussi doit-il se résigner à subir le sort qu'il s'est fait.

On le voit alors triste, morose, reposer dans un coin, dans un état de demi-somnolence, fixant de temps à autre les personnes qui l'entourent d'un œil atone qui trahit l'abrutissement.

La déchéance des facultés intellectuelles est alors complète. Elle se traduit par un délire continu, indice de la démence dans laquelle le malheureux est tombé.

Laborde a observé une femme arrivée à cet état de déchéance et en a rapporté un tableau très frappant.

« Cette femme vivait dans un monde idéal, dans un monde à elle. Ses paroles étaient un délire continu. Elle s'adressait à des personnes imaginaires et le plus souvent l'incohérence la plus complète constituait son langage, par conséquent incompréhensible. Par moments, il se faisait comme un éclair dans ses idées troublées. Alors le regard, d'habitude morne, empreint de stupeur et d'hébétement, prenait une expression d'étonnement particulière. Cela durait un instant, puis elle retombait dans son état inconscient, se livrait de nouveau à ses rêves, à sa loquacité délirante ou bien

restait plongée dans une espèce de sommeil agité par des soubresauts et des mouvements convulsifs et tombait dans un morne silence.

« Elle recherchait l'ombre, l'obscurité la plus complète, si bien que pour éviter même la possibilité d'un éclairage quelconque, elle avait pris l'habitude de se tenir couchée constamment du côté du mur, le dos tourné aux fenêtres. »

Dans certains cas, le morphinisme se termine par de véritables affections mentales, par de véritables délires classés, chez des sujets non prédisposés par l'hérédité. Pichon a signalé ce fait en rapportant l'histoire de deux malades qui ont fini, l'un *paralytique général*, l'autre *mélancolique anxieux*.

De la mort dans le morphinisme.

L'intoxication morphinique chronique comporte de nombreuses causes de mort. Elle met, en effet, l'individu dans des conditions d'infériorité telle que les affections intercurrentes ne trouvent chez lui aucune force de résistance.

Par le fait des plaies qui recouvrent leurs membres, ces malades sont souvent la proie de l'infection purulente. Bouchard en a observé trois cas et Notta en a publié une observation très intéressante.

D'autres fois, ils meurent subitement dans une syncope.

La mort subite peut être aussi le fait d'un accident. Il arrive souvent que, sous l'influence d'ennuis, de contrariétés, les morphinomanes augmentent sensiblement la dose du poison. Quelquefois ils calculent mal et s'en injectent une dose mortelle. C'est ainsi qu'on ramasse sur la voie publique des individus qui viennent de succomber après s'être fait une injection dans un urinoir.

Un accident analogue est arrivé à un officier qui s'injectait tous les jours 2 grammes de morphine.

Il avait convenu avec sa femme que celle-ci devait toujours préparer la solution, et que, lui, ne devait pas s'enquérir de la dose qui serait diminuée progressivement. Il ignorait donc la quantité de morphine qu'il s'injectait. Tout paraissait aller pour le mieux et la femme voyait approcher l'heureux moment où il n'y aurait plus dans l'eau distillée qu'une quantité minime de poison, lorsqu'un jour, pendant qu'elle était en course, le mari chercha et découvrit la cachette. Il s'injecta une quantité de liquide égale à celle qu'il avait l'habitude de prendre par le passé et tomba raide mort.

Quand les malades arrivent jusqu'au bout de leur intoxication, ils succombent dans le marasme. Quelquefois ils sont enlevés par la phtisie.

CHAPITRE VII

DE L'ABSTINENCE MORPHINIQUE

Sommaire. — État de besoin. **Symptômes de l'abstinence.** ***Symptômes nerveux.*** — Troubles de la motilité : Accès hystériques, épileptiques, tétaniques, chorée, tremblement, delirium tremens, état maniaque, hydarthrose amorphinique. — Troubles de la sensibilité : Hyperesthésie. — Troubles psycho-sensoriels : Hallucinations, impulsions à la piqûre, au mensonge, au suicide, à l'homicide, au vol, à la prostitution. — ***Symptômes génitaux.*** — ***Accidents éloignés.***

ÉTAT DE BESOIN

Lorsqu'un morphinomane est privé de son poison, il éprouve une sensation indéfinissable, à la fois psychique et physique, qu'on appelle *état de besoin*. Celui-ci a pour caractère d'être permanent et de se montrer invariablement chez tous les malades. Il se produit même avec une telle régularité qu'on le voit se manifester toujours exactement à la même heure. Aussi, lorsque le malade s'est confié à un médecin qui lui fait ses piqûres, vous signale-t-il à une minute près le moment où celle-ci doit être pratiquée.

L'état de besoin constitue la caractéristique de la morphinomanie, car on ne l'observe dans aucune autre

intoxication. Il comporte en lui deux éléments, l'un psychique, l'autre somatique, ce qui justifie pleinement la qualification de *besoin vital* qui lui a été donnée par Charcot.

L'élément psychique est très complexe et très difficile à décrire. Il présente, en effet, par certains côtés, un caractère psychologique dont il faut s'être rendu compte par soi-même, pour le saisir. Il rentre dans la catégorie de ces états d'âme dont l'étude est si chère aux romanciers actuels. Il serait à désirer que quelque médecin morphinomane en donnât une description vécue. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'il présente un caractère d'irrésistibilité qui le rapproche des états impulsifs. Si l'on ne peut le décrire on peut toutefois l'expliquer. Sous l'influence d'une absorption quotidienne de morphine, les cellules nerveuses ont commencé par réagir en fonctionnant avec une activité plus grande. Puis elles se sont peu à peu habituées à n'entrer en activité que grâce à l'excitant, si bien que lorsque le sang ne leur en apporte plus la dose qui leur est nécessaire elles la réclament avec instance et sa privation les trouble au point de développer dans le cerveau cet état spécial dont nous venons de parler.

L'élément somatique est plus facile à analyser; la privation de la morphine fait éprouver au malade une sensation qui rappelle celle de la faim, et qui permet de considérer, dans une certaine mesure, le poison comme un véritable aliment qui est devenu indispensable à l'organisme.

Nous avons vu, en effet, que les nouveau-nés issus de mères morphinomanes pouvaient succomber peu de temps après leur naissance si on ne leur administrait pas la morphine à laquelle ils étaient habitués pendant la vie intra-utérine.

O. Jennings a très bien caractérisé cet état psycho-somatique en disant qu'il est à la fois une sensation et un sentiment. Il donne, en effet, la sensation d'un

appétit inassouvi et le sentiment d'un désir non satisfait.

Cela est si fort que les malades aimeraient mieux se passer d'aliments que de morphine et nous verrons plus tard qu'à quelque catégorie sociale qu'ils appartiennent, les morphinomanes ne reculent devant aucune action si répréhensible soit-elle, pour se procurer de la morphine lorsque celle-ci vient à leur manquer et qu'ils n'ont pas la facilité de s'en procurer.

L'époque à laquelle ce besoin fait sa première apparition dans le cours de la morphinomanie est très variable. Souvent c'est environ deux mois après que le malade a commencé ses piqûres qu'il s'aperçoit qu'il ne peut plus s'en passer. D'autres fois le besoin se fait sentir plus tôt. J'ai connu des malades qui l'ont éprouvé au bout de quelques injections seulement. Cela est subordonné au tempérament plus ou moins névropathique de l'individu.

SYMPTOMES DE L'ABSTINENCE

Quand, par suite d'une circonstance quelconque, le morphinomane ne peut se faire sa piqûre à l'heure voulue, il se manifeste un certain nombre de phénomènes qui peuvent, au début, tout au moins, suivre deux orientations complètement différentes : la dépression ou l'excitation.

Nous nous occuperons d'abord des phénomènes de dépression. On peut les caractériser en deux mots, ce sont des malaises vagues. Tout d'abord on observe des bâillements et des éternûments répétés, qui ont une certaine importance diagnostique et peuvent permettre de soupçonner la morphinomanie chez des individus qui chercheraient à la dissimuler. Ceux-ci s'accompagnent d'un larmoiement oculo-nasal dont l'intensité

peut atteindre jusqu'à une véritable crise de larmes, ne cessant qu'avec une injection.

Puis la face devient pâle, elle prend une expression de tristesse, d'inquiétude. Les paupières s'abaissent, les yeux sont éteints, la vision est abolie. Les oreilles tintent et l'ouïe ne perçoit plus les sons. Le malade tombe dans une sorte d'hébétude, ses mains tremblent et il est incapable de faire aucun travail, souvent il trébuche et est obligé d'aller comme à tâtons.

Tout travail intellectuel est devenu impossible, l'intelligence se refuse à assimiler ou à produire quoi que ce soit. Aussi voit-on des ministres assistant au conseil, des administrateurs siégeant dans leurs conseils d'administration, quitter leurs collègues un instant pour aller se faire une piqûre. Ils reviennent alors le visage épanoui, prêts à soutenir les discussions les plus graves.

Jacquemont raconte que, présenté à un rajah, renommé pour l'aménité de ses manières, l'agrément de sa conversation et la finesse de son esprit, il fut fort étonné de se trouver en présence d'un vieillard décrépit, au teint blême, couché dans un palanquin et plongé dans l'abrutissement le plus complet. Un des serviteurs du rajah, l'ayant alors soulevé et lui ayant ingurgité un peu d'une liqueur noirâtre, le moribond ouvrit alors les yeux et parut se réveiller, s'anima et bientôt après justifia pleinement la réputation de politesse et d'intelligence qui l'avait précédé. Ce prince hindou était une des victimes de l'opium et ne redevenait lui-même que sous l'influence de l'excitant nécessaire à l'exercice de ses facultés.

Si les facultés intellectuelles sont émoussées, en revanche il existe une véritable hyperesthésie morale qui touche à la sensiblerie. Ball raconte qu'un médecin de ses amis morphinomane endurci, quand on venait à le priver de son stimulant, se mettait à pleurer sur les souffrances des malades qui venaient le consulter

et dont il ne pouvait en écouter les plaintes sans être profondément affecté.

Au lieu de l'insomnie que nous signalions dans la période d'intoxication, nous trouvons maintenant un sommeil lourd, accompagné au réveil d'une lassitude extrême.

Ces phénomènes de dépression ne sont pour ainsi dire que l'avant-garde des symptômes de l'abstinence. Ils peuvent ne pas exister et l'on assiste alors immédiatement à une scène toute différente.

Le malade ne peut tenir en place, il va et vient dans sa chambre, s'assied sur un fauteuil duquel il se lève immédiatement pour recommencer sa promenade. Mais le sentiment de fatigue, de lassitude qu'il éprouve l'oblige à se coucher.

Bientôt se montrent les troubles digestifs qui sont quelquefois très accusés. Tout d'abord la diarrhée, qui est profuse. Le nombre des garde-robes peut être très élevé. Cette diarrhée est un des modes d'élimination de la morphine.

Celle-ci s'accompagne souvent de vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux.

Ces déperditions liquides si abondantes entraînent avec elles de l'hypothermie et de la faiblesse du pouls. La température peut tomber à 36° et le nombre des battements artériels descendre à cinquante et soixante.

A cela viennent s'ajouter des douleurs abdominales qui atteignent un degré extrême, au point que le malade ne peut supporter le poids des couvertures.

Le corps se couvre de sueurs froides dont l'abondance peut être extrême. Dans un cas de Zambaco, la transpiration générale arrivait par crise et inondait le malade, la sueur ruisselait sur le corps comme si on avait donné un bain de vapeur.

Des frissons généralisés, analogues à ceux de l'infection purulente, viennent secouer tout l'individu, lui

font claquer les dents. Ils sont quelquefois assez forts pour ébranler le lit, ce qui effraie beaucoup l'entourage. Sans présenter une gravité particulière, ils sont cependant souvent les avant-coureurs du collapsus.

L'algidité, jointe aux symptômes précédents, vient compléter le tableau du véritable état cholériforme, avec lequel on l'a, du reste, confondu déjà.

Le collapsus peut survenir comme conséquence de l'état précédent ou sans qu'il y ait eu de troubles digestifs graves. Vers le deuxième ou troisième jour de la suppression de la morphine, le malade se sent faible, le pouls devient petit, le visage terreux, puis tout cela disparaît.

Au contraire, ou bien à ces symptômes s'ajoutent des modifications de la voix telles que de l'enrouement, du bégaiement, des convulsions du visage, du tremblement des mains; ou bien le collapsus débute d'emblée, alors que les phénomènes d'abstinence tels que vomissements, diarrhée, ont disparu et qu'on s'y attend le moins.

Les malades assis dans leur lit, causant avec leur entourage, s'affaissent tout d'un coup, après un moment de silence, et les moyens les plus énergiques ne peuvent pas les tirer de cet état. Au lieu de cela on peut voir le visage tiré, d'une pâleur mortelle, le nez effilé, les pupilles relevées sous la paupière supérieure, les battements du cœur sont seuls perceptibles. On peut encore assister à un autre tableau. Le visage devient rouge foncé, les yeux brillants, le pouls tombe à 40 et le malade, après un sentiment de malaise et d'angoisse terrible, perd connaissance (Levinstein).

Cet état dure un quart d'heure. Il peut se renouveler trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures. Le malade revient alors complètement à lui, ou bien la mort survient si l'on n'intervient pas en faisant une injection.

Mais, heureusement, cet état de collapsus n'est pas

tres fréquent; on ne l'observe que lorsqu'on pratique la suppression brusque.

Cependant il y a d'autres circonstances où il surprend le médecin, au moment où celui-ci considérait le malade comme à l'abri de toute complication, c'est lorsqu'il survient longtemps après la suppression.

Ces phénomènes si graves qu'entraîne la privation de morphine s'accompagnent de troubles cardiaques qui ont été très bien étudiés par Ball et Jennings à l'aide du sphygmographe. Cet instrument permet, en effet, de constater chez les malades se trouvant en état de besoin une courbe qui dessine les variations par lesquelles passent les fonctions circulatoires. On voit alors, en effet, sur les tracés, un plateau correspondant à la systole et qui ressemble dans une certaine mesure au tracé que l'on obtient dans certains cas de néphrite chronique et dans les anévrismes du tronc brachio-céphalique.

A ce moment, en effet, il y a rupture d'équilibre entre l'impulsion cardiaque et la résistance vasculaire. Les tissus sont en état d'anémie par défaut, et les centres nerveux sont les premiers à souffrir de cet état de choses. Si l'on fait une piqûre, la résistance périphérique est rompue, le cœur triomphe sur toute la ligne, les tissus entrent en état de turgescence vitale, les fonctions se rétablissent et tout le malaise disparaît.

Le tracé sphygmographique indique la disparition du plateau et la courbe a presque repris l'état de la circulation normale, sauf un léger aplatissement à la fin de la systole, qui indique un léger degré de tension artérielle.

SYMPTOMES NERVEUX

Troubles de la motilité.

Accès hystériques. — Sous l'influence de la suppression de la morphine, on voit se développer des attaques d'hystérie chez des individus qui n'en avaient jamais eu auparavant ou bien qui étaient restés très longtemps sans présenter ces accidents. M. Jules Voisin a le premier appelé l'attention sur cette corrélation. D'autres auteurs sont venus ensuite publier des faits qui confirmaient absolument ceux signalés par lui, entre autres, MM. Auguste Voisin, M. Blocq, Guibert, Neveu-Derotrie, qui a consacré sa thèse à l'étude de ce sujet. M. Paul Garnier a publié, à cet égard, l'observation la plus frappante : « La malade ressentait tout d'abord une violente douleur dans la région épigastrique. Presque instantanément la sensation douloureuse se propageait vers l'épaule et de là s'irradiait vers la tête. Il lui semblait, dit-elle, qu'une bête rampait entre le crâne et le cerveau. Sa vue se troublait, elle avait le vertige et perdait connaissance. »

M. Paul Garnier a pu assister à une de ces attaques. Il trouva la malade assise sur son lit, le regard fixe; elle semble immobilisée par une terreur indicible et, d'instant en instant, elle pousse un cri strident, cri d'effroi et de douleur à la fois.

Le visage est baigné de sueurs froides et visqueuses, la peau est anesthésiée et le réflexe oculo-palpébral est aboli. Indifférente à toute stimulation, ne témoignant par aucun signe qu'elle perçoit le sens des questions qu'on lui adresse, ne prononçant aucune parole, continuant seulement à émettre de temps en temps son cri aigu, elle conserve invariablement sa position

assise et résiste automatiquement lorsqu'on cherche à la replacer horizontalement sur son lit.

Les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main et en état de contraction évidente.

L'effort produit pour les défléchir reste à peu près stérile.

La pression au niveau des ovaires suscite seulement quelques mouvements réactionnels en vue de s'y soustraire ; elle n'atténue en rien la crise et paraît même ajouter à son intensité.

Cette malade avait eu deux attaques de ce genre lorsque, par suite de circonstances indépendantes de la volonté, elle s'était trouvée en état d'abstinence.

Les attaques qui surviennent dans ces cas sont accompagnées des manifestations habituelles, elles peuvent être uniques ou se répéter un plus ou moins grand nombre de fois, au point même de devenir subintrantes.

Leur cessation coïncide avec la cessation des autres symptômes d'abstinence.

Outre les attaques, on constate la réapparition de stigmates hystériques tels que troubles de la vision, de la sensibilité, etc.

On peut donc ranger le morphinisme parmi les agents provocateurs de l'hystérie, au même titre que le saturnisme, l'hydrargyrisme, l'alcoolisme, le tabagisme, etc. Mais le morphinisme présente une particularité : c'est qu'il ne donne lieu au dévoloppement des phénomènes hystériques que lorsqu'on supprime le poison.

Tant que le malade est sous son influence on voit au contraire tous les symptômes s'amender. Dans les autres intoxications, il en est tout autrement, c'est lorsque le malade est en pleine puissance de poison que les manifestations nerveuses apparaissent et qu'au contraire elles diminuent lorsqu'on supprime la substance toxique.

Accès épileptiques. — Busey, qui les a décrits pour la première fois, les a très bien observés dans le cas suivant :

Une femme de soixante-douze ans, jouissant d'une parfaite santé, prenait de la morphine depuis trente ans. Elle n'était arrivée qu'à 60 centigrammes par jour. Par suite d'une circonstance non spécifiée elle cessa brusquement ses piqûres. Au bout de vingt-quatre heures, elle fut prise des symptômes habituels d'abstinence : nausées, diarrhée profuse et fétide, douleur épigastrique, etc. Puis apparurent des convulsions. Celles-ci se répétaient d'heure en heure. Elles étaient précédées immédiatement d'une augmentation des nausées, puis de temps en temps survenaient des vomissements, il y avait de la jactitation, des mouvements violents et continus du bras droit, des évacuations intestinales abondantes, noires, aqueuses et fétides, qui s'écoulaient en permanence par l'anus, pendant tout le temps que durait l'accès. Pendant ce temps la face était très congestionnée, d'un rouge violacé, la respiration lente et stertoreuse. La température s'était élevée d'un degré et demi (Fahr.), la conscience était abolie, la sensibilité absente. Dans l'intervalle des premiers accès, la conscience reparaissait, mais ensuite elle disparut complètement.

Les pupilles étaient contractées et insensibles et pendant plusieures heures le flux diarrhéique continua à s'écouler par l'anus.

Une injection de morphine de trois centigrammes mit fin à ces accidents.

On peut quelquefois observer des crises analogues plusieurs jours après que le malade a supprimé complètement la morphine.

Ainsi Heimann a rapporté un cas où, trois jours après la suppression complète de la morphine, le malade, se promenant dans le jardin, fut pris d'une attaque qui dura de cinq à dix minutes, avec con-

vulsions toniques, puis cloniques, suivies de sommeil.

Cette attaque se répéta plusieurs fois dans la journée.

Accès tétaniques. — Obersteiner a observé dans les mêmes circonstances des attaques tétaniques suivies d'une prostration si intense qu'on croyait que le malade était mort.

Pour expliquer la pathogénie de ces accès convulsifs, il faut se reporter aux belles expériences de Laborde et Calvet, que nous avons décrites au chapitre de la Physiologie comparée. Ces auteurs ont montré en effet jusqu'à quel degré le morphinisme chronique exagérait l'excitabilité réflexe du système nerveux Tant que le poison arrive régulièrement aux cellules nerveuses, il maintient leur excitabilité dans un état pour ainsi dire latent. Mais dès que les éléments nerveux sont privés du frein qui les contenait, ils donnent libre carrière aux phénomènes d'hyperexcitabilité qui sont alors d'autant plus violents qu'ils ont été plus contenus. On peut les comparer à l'explosion d'une chaudière dont l'intensité est proportionnelle au degré de pression à laquelle elle était soumise (Laborde et Calvet).

Chorée. — Sous l'influence de la privation de morphine, on observe quelquefois des mouvements de nature choréique, surtout chez les individus qui ont eu des antécédents névropathiques. Jolly a publié l'observation d'une malade chez laquelle les mouvements choréiques les plus caractérisés apparaissaient dès qu'on diminuait la dose de morphine et cessaient dès qu'on faisait une injection.

Tremblement. — Le tremblement est un signe de débuts de l'état de besoin. Il a été très bien étudié par Charcot. Il présente, à première vue, cette particularité saillante, qu'il semble être le résultat d'un mouvement de torsion du bras sur lui-même. On dirait, en quelque sorte, qu'il existe une contraction alternative

continue des muscles supinateurs et pronateurs. Aussi, pour obtenir le tracé du tremblement, doit-on placer le tambour de Marey, non sur l'axe de la main, mais sur l'un des bords, soit radial, soit cubital.

Ce tremblement présente des caractères spéciaux.

Rythme. — La première chose qui frappe, c'est l'égalité parfaite des intervalles qui séparent chaque oscillation, quelle qu'en soit l'amplitude. Ensuite, on voit que les vibrations se font par poussées de cinq ou six oscillations, même plus, pendant trois périodes.

1° Une période d'augmentation de l'amplitude de l'oscillation.

2° Une période de maintien du summum de l'amplitude acquise et une période de décroissance.

3° Enfin, entre chaque poussée, une petite ligne d'oscillation à peu près régulière et d'amplitude égale.

Amplitude. — L'amplitude des oscillations est variable, mais rythmée.

Forme. — La forme des oscillations est régulière, se composant d'une ligne ascendante et d'une ligne descendante, formant un angle très aigu, sans plateau.

On distingue le tremblement morphinique du tremblement sénile en ce que, dans ce dernier, la ligne d'ascension et la ligne de descente sont reliées par un arc de cercle.

Dans le tremblement alcoolique la ligne d'ascension est très prolongée et la chute est beaucoup plus brusque, présentant chacune des irrégularités dans leur rectitude.

La langue et le corps sont aussi animés de tremblement, mais celui-ci est bien moins prononcé que dans d'autres affections et ne présente aucune particularité.

Delirium tremens. État maniaque. — Le symptôme dominant parmi les phénomènes de l'abstinence, c'est l'état maniaque que Levinstein a décrit sous le nom de *delirium tremens*, le rapprochant ainsi de celui de l'alcoolisme.

Ce délire, qu'on n'observe que dans l'abstinence, doit porter le qualificatif de délire *amorphinique* bien plutôt que de délire morphinique, puisqu'il n'existe pas dans le cours de l'intoxication.

Cet état maniaque apparaît dans les six à douze heures qui suivent la suppression. Son intensité varie depuis la simple excitation jusqu'à l'accès de manie aiguë.

Les malades s'agitent, poussent des cris, ont des accès convulsifs, jettent les membres à droite et à gauche, frappent les personnes ou les objets environnants. Ils pleurent et crient alternativement, sont en proie aux hallucinations que nous venons de décrire. Souvent ils font des tentatives de suicide ou d'homicide. Ils cherchent à avaler des épingles, à se couper les veines avec du verre, à se blesser avec des ciseaux, des clous ou tout autre objet qu'on aurait eu l'imprudence de laisser à leur disposition. On voit quelquefois de ces accès de manie furieuse au milieu desquels le malade recouvre par instants toute sa raison. Zambaco en a cité un cas très remarquable en raison de la force de volonté déployée par le malade. Celui-ci était en proie à un accès si intense que les médecins qui l'entouraient voulaient lui faire des injections de morphine. Il refusa de la façon la plus absolue. Ces accès maniaques accompagnés de tentatives de suicide durèrent douze jours.

Pichon pense que le delirium tremens amorphinique s'observe surtout chez les alcooliques et que, dans la plupart des cas, on retrouve toujours le facteur éthylique. Il est bien évident que celui-ci joue un très grand rôle dans la circonstance, mais nous sommes loin d'être aussi exclusif que ce médecin distingué, à qui l'on pourrait peut-être reprocher de voir un peu trop partout le spectre de l'alcoolisme. Tout en lui attribuant une grande importance, il est certain que l'on peut voir les accès maniaques se développer sur un

terrain indemne de cette tare. Dana a publié une observation qui confirme pleinement cette manière de voir et dont nous allons donner le résumé.

Un jeune homme de dix-sept ans, *tempérant*, eut une péritonite aiguë qui dura sept jours, pendant lesquels il prit de quinze à soixante-quinze centigrammes de morphine par jour. Pendant les quatre premiers jours son esprit resta lucide, bien que les respirations aient été réduites à douze par minute. Pendant les trois derniers jours, il y eut un léger délire. Quand on eut cessé la morphine, le délire revêtit peu à peu les caractères propres du delirium tremens et dura trois jours. Pendant ce temps, l'insomnie fut absolue. Il avait des hallucinations de l'ouïe, de la vue. Il entendait autour de lui des êtres imaginaires qui l'appelaient. Il décrivait leurs traits et répétait leurs paroles. Il fixait les yeux sur des objets imaginaires qu'il cherchait à attraper dans l'air. Il se remuait constamment et essayait de sortir de son lit. Les pupilles étaient très dilatées.

La durée de ces accès est généralement courte, elle varie de quelques heures à un ou deux jours. Il est exceptionnel de la voir se prolonger douze jours comme dans le cas de Zambaco. Il y avait là une influence éthylique qui a été la cause de cette prolongation inusitée.

Diagnostic avec le délire alcoolique. (Charcot.)

1° Le délire alcoolique éclate spontanément ou bien pendant le cours de maladies aiguës. Celui des morphinomanes n'apparaît que pendant le cours de l'abstinence morphinique.

2° Le tremblement disparaît pendant l'accès du délire des morphinomanes.

3° L'alcool augmente le paroxysme. La morphine l'arrête net.

4° Le délire alcoolique dure une série de jours. Le délire morphinique ne dépasse pas quarante-huit heures, à moins qu'il n'éclate chez un alcoolique.

5° Le collapsus consécutif au délire alcoolique se termine souvent par la mort. Il fait défaut dans le délire morphinique.

Hydarthrose amorphinique.

Les accidents que nous venons de passer en revue dominent tellement la scène qu'il arrive souvent que d'autres moins importants passent inaperçus. M. Féré a appelé l'attention sur un phénomène de cet ordre qui se produit quelquefois pendant un traitement de suppression.

Un de ses malades avait été soumis à la suppression lente, et de $0^{gr},40$ était arrivé à $0^{gr},06$ au bout de trois mois. Lorsqu'on voulut de nouveau abaisser la dose de morphine, on vit se produire, le soir même, une heure avant l'injection, un gonflement de l'articulation du genou gauche, qui, en moins d'une heure, avait acquis un volume considérable et était devenu très douloureux, mais sans rougeur ni chaleur apparente au contact.

Quelques minutes après l'injection la douleur cessa complètement et, une heure plus tard, le genou avait repris son volume normal. Les mouvements étaient absolument indolores. Le lendemain, à la même heure, à cinq heures du soir, le même accident se reproduisit et le malade fit remarquer que la poussée articulaire coïncidait avec de la diarrhée et une recrudescence de l'écoulement nasal. Tous ces faits ne pouvaient être en rapport qu'avec la diminution de la morphine, qui avait consisté dans la suppression d'une injection que l'on faisait à trois heures. M. Féré put assister le troisième jour à la production du gonflement articulaire qui se fit dans l'espace d'une heure environ. L'articulation était distendue dans tous les sens, la rotule fortement soulevée. Le malade mettait son membre dans la demi-fixation, mais il pouvait l'étendre sans trop de

douleurs. Il n'y avait aucune rougeur ni aucune sensibilité des téguments, pas d'élancements, mais une douleur de distension. Les accidents s'atténuèrent en changeant l'heure de l'injection et cessèrent au bout de huit jours.

Chez un autre morphinomane on vit se produire, en même temps qu'une diarrhée paroxystique, un gonflement de la bourse sous-tricipitale de la cuisse droite.

Ces faits passent souvent inaperçus; ils tendent à démontrer l'influence nerveuse comme cause de l'hydarthrose intermittente,[1] qui ne serait autre chose qu'une névrose articulaire.

Troubles de la sensibilité.

Ils revêtent plutôt le caractère de l'hyperesthésie. Ce sont des céphalalgies pouvant atteindre un degré d'acuité extrême.

Il en est de même des *crampes*, surtout lorsqu'elles siègent aux membres inférieurs. Outre cela, on constate des névralgies dans diverses régions du corps, des fourmillements, des sensations de froid dans les os, particulièrement dans les tibias. D'anciennes douleurs font leur réapparition.

Le creux de l'estomac est le siège d'une douleur très vive ayant son maximum à l'appendice xyphoïde. Elle n'est pas continue et ne se montre qu'au moment où le besoin de la piqûre se fait sentir. On l'observe à son maximum dans le cas de suppression brusque.

Les sens spéciaux subissent un certain affaiblissement. Le plus atteint est celui de la vue. Les malades ont de la diplopie qui est le résultat d'une asthénopie accommodative, sans aucune lésion rétinienne, ainsi que le prouve le retour à l'état normal dès qu'on fait une injection.

Troubles psycho-sensoriels.

Hallucinations. — Mais ce qu'il y a de plus important à signaler ce sont les hallucinations *vraies* diurnes et nocturnes que l'on observe. Elles portent surtout sur le sens de la vue.

Dans un cas de Lidermann, la malade était transportée dans une forêt splendide, à la végétation luxuriante. Elle sentait une bienfaisante chaleur et voyait des grands arbres tout autour d'elle. Mille oiseaux charmants venaient gazouiller et elle *écoutait* avec délices l'harmonie de leurs chants, tandis que le murmure d'un ruisseau venait mêler sa note mélancolique aux gais accents de la gent emplumée.

Une malade de Schweig, se promenant dans un parc, voyait des peintures, des statues aux contours vagues, mais magnifiques, dont elle était incapable d'apprécier la merveilleuse et étrange beauté.

Wetterstrand a observé un malade qui était tourmenté par une femme couronnée de pavots rouges et gris. Tantôt celle-ci le fouettait avec ces fleurs, tantôt elle lui en montrait des plaines entières en train de se faner.

D'autres fois les hallucinations ont un caractère terrifiant.

Levinstein raconte qu'un de ses malades criait la nuit, d'une voix pleine d'angoisse : « Quel est ce gaillard qui se trouve dans la chambre voisine? Il est si grand qu'il ne peut passer par la porte, il grossit de plus en plus. Il y a maintenant une foule. Ce sont sûrement des revenants. » De temps en temps il se soulevait et regardait le mur, comme s'il y voyait quelque chose et il remuait les lèvres comme s'il s'entretenait avec quelqu'un. Le lendemain les mêmes hallucinations se reproduisaient. A minuit il se lève en criant : « Que voulez-vous? le voilà, le voilà le revenant. »

Un autre, au commencement de l'agitation, prétendait s'être promené en voiture en compagnie d'une princesse. Puis, l'excitation augmentant, il vit son cœur perforé. Prié de se remettre au lit, il répondit qu'il ne pouvait pas se déshabiller parce qu'il était assis dans l'eau : il prétendait la sentir. Ensuite, regardant autour de lui avec anxiété, il demanda pourquoi les gens qui étaient dans le corridor l'injuriaient si fort. Enfin il vit des figures qui menaçaient de marcher sur lui.

M. Paul Garnier, dans son Rapport, nous fait un tableau frappant de l'hallucination : « La femme X... pâlit tout à coup, son visage se crispe et revêt l'expression d'une souffrance aiguë : « Tenez, la voilà, une telle. » A intervalles à peu près réguliers de minute en minute, la malade jette un cri perçant qui retentit comme un appel désespéré, une plainte suprême.

« Etrangère à tout ce qui l'entoure et comme fascinée par une apparition terrible, elle ne cesse de fixer l'un des angles de sa cellule avec une expression d'épouvante. Du reste pas une parole, pas une exclamation, mais toujours le même cri éclatant dont il a été parlé. »

Impulsions.

1° *Impulsions à la piqûre.* — *Nygmatomanie.* — Lorsque le morphinomane éprouve un retard dans sa piqûre, il est en proie aux malaises divers dont nous avons parlé. Ceux-ci développent chez lui un état mental très spécial qui le pousse à se faire une piqûre pour dissiper l'angoisse qu'il éprouve. Ce qui donne à cet acte un caractère impulsif, c'est que le malade l'exécute sans se préoccuper de l'endroit où il se trouve, sans tenir compte des règles des convenances les plus élémentaires. Lorsqu'il a sous la main une seringue et une solution, aucune considération ne l'empêchera de faire sa piqûre.

Ainsi un médecin, observé par Zambaco, jugeait très

bien sa position et ne pouvait expliquer le motif qui le poussait à se piquer n'importe où; il disait que « c'était plus fort que lui et qu'il deviendrait fou sans sa morphine ».

Pichon cite le cas d'une femme du meilleur monde qui, au milieu d'une conversation avec ses invités, s'absentait brusquement, le plus souvent sans aucun prétexte, et disparaissait pour se pratiquer une injection. Aucune considération ne l'aurait retenue.

Un médecin s'oubliait à tel point, quand le moment de son injection était passé, qu'il ne gardait plus aucune retenue. Lorsque, par des circonstances tout à fait indépendantes de sa volonté, il ne pouvait s'esquiver sous aucun prétexte, d'exhiber son arsenal, n'y pouvant plus tenir, il en arrivait à se piquer publiquement à travers son pantalon.

J'ai connu une femme du monde qui trouvait moyen de se piquer très habilement à la jambe, même lorsqu'elle se trouvait dans une réunion mondaine. Du reste, l'ingéniosité des fabricants d'instruments n'a d'autre but que de permettre aux morphinomanes d'avoir sous la main leur seringue toujours chargée.

Cette habitude de se piquer subsiste à l'état d'impulsion, même après la guérison. Il semble que la sensation de la piqûre cause aux malades une certaine jouissance. Notta raconte qu'une dame guérie lui damandait comme une grâce de lui « enfoncer seulement l'aiguille ». La piqûre lui rappelait son ancienne passion, c'était pour ainsi dire la douleur nécessaire à son bonheur perdu. Il ne lui restait plus alors que la manie de la seringue. J'ai observé également un malade de ce genre qui, sachant qu'on ne lui injectait plus de morphine, réclamait toujours ses piqûres, qu'on était obligé de lui faire en nombre à peu près égal à celui d'autrefois. Ce qui semblerait indiquer que les malades éprouvent une certaine satisfaction dans le fait même de la piqûre, c'est que la

plupart du temps, quand ils sont en cours de traitement, ils veulent la faire eux-mêmes. J'ai donné à cet état impulsif le nom de *nygmatomanie* (νυγμα, piqûre). Il est toujours l'indice d'une tendance aux récidives, car il suffit du moindre ennui, de la moindre douleur pour remplacer l'eau pure par une solution de morphine.

Impulsion au mensonge. — Sous l'influence de l'état de besoin, le morphinomane déploie les ressources de l'imagination la plus riche pour arriver à tromper, soit son entourage, soit le médecin, afin de pouvoir conserver sa provision de morphine ou la renouveler quand elle est épuisée. Nous avons vu toutes les ruses, toutes les supercheries qu'un esprit inventif leur suggère pour arriver à ce but. Il est inutile de les interroger pour savoir s'ils possèdent de la morphine, de leur faire donner leur parole qu'ils ne chercheront pas à s'en procurer, car, dès que vous serez parti, ils sortiront leur seringue de la cachette où elle se trouvait et se feront une injection, en se promettant bien d'entretenir de nouveau votre confiance à l'aide des serments les plus solennels. S'ils n'ont pas de solution, ils feront toutes les tentatives possibles pour corrompre l'entourage. Ils s'abaisseront jusqu'aux supplications les plus tendres, de nature à apitoyer les plus inflexibles; si les domestiques en butte à ces tentations viennent vous en faire part, le malade niera, de la façon la plus énergique, avoir jamais fait aucune proposition à qui que ce soit.

Aussi ne faut-il jamais ajouter aucune foi aux paroles d'un morphinomane qui se soumet à un traitement de suppression. Quelle que soit sa situation sociale, quelle que soit sa respectabilité, il ne faut tenir compte d'aucune de ses paroles et le faire fouiller et surveiller jusqu'à la fin du traitement.

On se rappellera que chez lui le mensonge est un principe et le seul moyen de défense qu'il possède

contre le médecin qui veut lui supprimer son poison.

Impulsions au suicide et à l'homicide. — Les tentatives de suicide sont fréquentes dans le traitement par la suppression brusque. Nous avons vu qu'il se développait très souvent un état d'excitation maniaque très intense. Celui-ci, joint aux souffrances vraiment épouvantables auxquelles le malade est en proie, lui fait désirer d'y mettre un terme en se débarrassant de la vie. Il emploiera pour cela tout ce qui lui tombera sous la main, couteaux, ciseaux, cloux, etc., tout instrument piquant ou contondant qu'on aura eu l'imprudence de laisser à sa disposition. Il avalera des épingles, cherchera à se précipiter par la fenêtre, à s'étrangler, à se pendre. En un mot rien ne l'arrêtera dans ses tentatives pour se détruire.

L'homicide est moins fréquent. Il pourrait se produire dans un de ces accès de manie furieuse, le malade voulant ainsi se venger de ceux qui refusent de lui donner de la morphine.

Le médecin dont Zambaco raconte l'histoire, rendait bien compte de ce sentiment quand il disait « qu'il aurait tué celui qui l'aurait empêché de se piquer ».

En dehors de ces accès maniaques, l'homicide est un crime rarement commis par les morphinomanes. On trouve cependant, dans les annales criminelles, le cas d'un médecin anglais, le docteur Lamson, qui empoisonna son beau-frère dans des circonstances que nous raconterons au chapitre de la médecine légale.

Impulsions au vol. — Nous avons à envisager ici deux ordres d'impulsions au vol :

1° Celles dans lesquelles le vol n'a d'autre mobile que de dérober soit de la morphine, soit des objets dont la vente pourra procurer l'argent nécessaire à l'achat de la morphine;

2° Les impulsions qui poussent le morphinomane à commettre un vol, sans but précis. Cet acte rentre

dans la kleptomanie. Nous nous en occuperons au chapitre de la médecine légale.

Nous nous contenterons ici d'exposer les cas dans lesquels l'abstinence développe l'impulsion à voler pour pouvoir mettre un terme aux souffrances de la privation.

Un des cas les plus typiques est celui de Marandon de Montyel :

Un avocat distingué, occupant une haute situation au barreau, revenant par mer de Gênes à Marseille, perdit dans un gros temps sa provision de morphine. Il en réclama en vain au médecin du paquebot. Le malade résista quelques heures au besoin qui le tourmentait, puis, de plus en plus altéré de morphine, il commit pour s'en procurer un vol avec effraction à la pharmacie du bord, tout en prenant les précautions les plus minutieuses pour ne pas être découvert. Il assure que s'il avait vu dans son acte autre chose qu'une gaminerie sans importance, il aurait été maître de ne pas céder à la tentation.

Pichon cite le cas d'une dame instruite et d'une condition sociale élevée qui déroba à une de ses parentes un bracelet qu'elle courut vendre immédiatement et, avec la somme obtenue, elle se procura de la morphine qui lui manquait depuis le matin.

Impulsions à la prostitution. — Les filles publiques et même les femmes dont la vertu est peu farouche, ont un moyen facile de se procurer de la morphine. Infirmiers, garçons de laboratoires, pharmaciens même leur délivrent la merveilleuse drogue en échange d'un bonheur moins pur que celui que procure la morphine. C'est la monnaie courante de cette catégorie de morphinomanes.

Mais ces faits n'ont pas grand intérêt, car en s'abandonnant ainsi même à des gens laids et disgraciés par la nature, elles ne font en somme aucun sacrifice. Elles ont perdu depuis longtemps tout sentiment moral et il

leur importe peu de se livrer une fois de plus ou de moins à un individu quelconque.

Il n'en est pas de même quand il s'agit de femmes vertueuses, qui oublient tout un passé d'honnêteté et qui, pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de la morphine, sont poussées, à un moment donné, par un besoin tellement fort qu'elles descendent dans la rue. Si on songe aux luttes que doivent subir les malheureuses qui arrivent à une pareille extrémité, on comprendra quelle est la puissance et l'irrésistibilité de ce besoin. Nous allons raconter la lamentable histoire d'une de ces pauvres femmes qui, après avoir fait argent de tout ce qu'elle avait chez elle, se vendit pour pouvoir satisfaire le besoin de morphine auquel elle ne pouvait plus résister.

Voici le récit de la malade :

« Habituée à prendre depuis longtemps de la morphine, elle s'en injectait, depuis un mois, cinquante centigrammes en trois fois dans la journée. A bout de ressources et de morphine, ne pouvant se livrer au moindre travail rémunérateur, elle voyait avec désespoir sa provision s'épuiser et sentait qu'elle allait bientôt se trouver dans l'impossibilité de prendre de la morphine.

Que faire dans une pareille alternative? Vendre et engager tous les objets de quelque valeur qu'elle possédait. Mais il y avait beau temps qu'il ne restait plus rien à vendre chez elle qui pût être vendu, qui pût être échangé contre seulement quelques centigrammes du sel tant désiré.

Il y avait longtemps qu'on avait pris sur la nourriture de chaque jour de quoi subvenir aux frais de l'aliment nouveau qui, quoique artificiel, ne s'était pas moins imposé depuis longtemps comme beaucoup plus nécessaire et malheureusement aussi comme beaucoup plus dispendieux que ce pain de tous les jours. Il y avait longtemps qu'on avait tant et si bien rogné sur

la nourriture ordinaire que les trois quarts de l'argent gagné passaient chez le pharmacien, comme chez la majorité des ouvrières morphinomanes de Paris. On avait d'abord supprimé le café, puis le vin, puis la viande. Depuis de longues semaines, l'appétit diminuait proportionnellement et l'on se contentait de légumes et d'eau.

Puis enfin les économies disparaissaient et ne voyant plus rien à engager, on avait fait comme sur les navires en détresse et menacés de famine, on avait réparti l'argent dont on pouvait disposer. On fit ici bien entendu la part de plus en plus grande pour la morphine, en rognant de plus en plus sur la nourriture. Et cependant le jour approchait où, malgré tous ces calculs, on n'aurait plus d'argent pour acheter du pain. Le moment terrible, l'heure tant redoutée approchait où l'on n'aurait plus assez d'argent pour acheter la solution quotidienne chez le pharmacien.

Depuis quelques jours X... ne mangeait plus que du pain sec. Quant à emprunter quelque argent, il n'y fallait pas songer. Endettée chez tous les petits fournisseurs, sa situation critique était connue de tous. « J'aurais toujours pu avoir du pain, disait-elle, mais c'est de l'argent qu'il me fallait et il m'eût fallu tendre la main. » Enfin le jour fatal arrive, il y avait eu assez de morphine pour faire les premières piqûres, celles du matin. Le flacon était vide. Mais laissons parler la malade : « A l'heure ordinaire de l'après-midi où je me faisais mes autres piqûres, il n'en restait plus un centigramme; je commençais alors à ressentir les effets de la privation que j'avais déjà subis une autre fois et dont je me souvenais! Cette idée, toute d'imagination, contribuait ainsi à augmenter le malaise réel et véritable qui allait s'accentuant. Il semblait au bout de deux à trois heures d'attente qu'on m'enfonçait des clous dans la tête et l'estomac. Vers le soir, j'eus une diarrhée incoercible avec des vomissements qui ne ces-

saient pas. J'avais froid et chaud en même temps et je ressentais de petits frissons dans tout le corps. Je me couchai alors espérant que le sommeil viendrait à mon secours, c'était peine perdue. Je ne pouvais rester en place, je circulais de long en large dans ma chambre. Un moment même je me mis à courir. Je ne savais que faire pour calmer des douleurs qui siégeaient partout, surtout dans le creux de l'estomac, dans le ventre et dans la tête.

J'agitais les mains, je me frappais la poitrine. Le soir était venu et, avec le soir, l'heure de ma troisième piqûre habituelle, et je n'avais pas pris un milligramme de morphine depuis huit heures du matin. Je devins comme ivre, ma tête bouillonnait, je me sentais comme étouffer. Au milieu de ces souffrances intolérables, alors que j'utilisais le peu de raison de mon cerveau détraqué à chercher le moyen de me procurer *quand même* de la morphine : à ce moment, en effet, j'aurais tué quelqu'un si ce meurtre m'eût procuré une piqûre de morphine... C'est alors qu'une idée folle me traversa la tête. Il était dix heures du soir environ. Je descendis comme une folle les escaliers de ma maison et j'accostai un monsieur sur un trottoir. Je devais ressembler à une femme grise, car, en effet, j'étais ivre... Il me regarda quelque temps et m'emmena... Je vous demande pardon, monsieur, vous comprenez... je souffrais tant et j'étais ivre... » (Pichon).

On peut conclure d'après l'étude que nous venons de faire, que le morphinomane en état de privation peut se livrer à tous les actes criminels possibles pour se procurer de la morphine. Peu importent la condition sociale, l'éducation, la culture intellectuelle, tout cela disparaît en présence de l'irrésistibilité du besoin. A la place de l'homme civilisé, il n'y a plus qu'un animal qui veut satisfaire un besoin.

Symptômes génitaux.

Nous avons assisté, au début de l'intoxication, à la perte du sens génésique, dans les deux sexes, ainsi qu'à l'impuissance chez l'homme et à l'aménorrhée chez la femme. Il semble que la morphine agisse sur les organes génitaux comme un véritable soporifique. Tant que l'intoxication subsiste, ces organes sont, pour ainsi dire, dans un état d'hibernation. Puis, quand le poison a été supprimé, on assiste à leur réveil. L'instinct génésique reparaît quelquefois même avec une telle intensité que les malades se livreraient presque à des actes répréhensibles.

Il en est de même chez la femme, qui manifeste parfois une très grande hyperesthésie vulvaire. Une malade de Jennings lui racontait que le plus léger attouchement du bout du doigt provoquait une âpre sensation de douleur qui était des plus pénibles; au point que, pour se soulager, elle était obligée d'appliquer sur ces parties un linge mouillé.

Cette sensation douloureuse s'accompagnait en même temps d'un certain plaisir enivrant.

Peu de temps après que les organes génitaux ont recouvré leur fonctionnement, on voit la menstruation se rétablir. C'est là un signe de guérison des plus importants à constater.

Accidents éloignés.

On aurait tort de croire qu'une fois le malade privé de sa morphine, il n'y a plus rien à craindre. On voit quelquefois des accès épileptiques éclater plusieurs jours après la suppression, comme dans le cas d'Heimann, que nous avons relaté. Ces accès n'entraînent pas avec eux une bien grande gravité. Il en est tout autrement lorsqu'on voit le collapsus surprendre

le médecin et emporter le malade au moment où on s'y attendait le moins. Loveland, Obersteiner ont rapporté chacun un cas où la mort est ainsi survenue, l'un sept jours, l'autre huit jours après la suppression, quand le malade se promenait dans le jardin. Ball a vu mourir ainsi une jeune fille dix-sept jours après la suppression.

Longtemps après que le morphinomane est guéri, il éprouve parfois un sentiment vague comme s'il lui manquait quelque chose. Marandon de Montyel raconte qu'un malade qu'il avait guéri a éprouvé, pendant de longs mois après sa guérison, aux heures habituelles des injections, un malaise, une toux nerveuse avec chatouillement laryngé ainsi que de l'angoisse.

La suppression de la morphine peut même être cause d'accidents psychiques. Obersteiner a rapporté l'observation d'un homme jeune qui, après le sevrage, tomba immédiatement dans un état de mélancolie qui augmenta rapidement. Il se considérait comme un misérable qui avait ruiné tout le monde. Il était dans un état vertigineux permanent et ne pouvait distinguer rien de ce qui l'entourait. La mémoire lui faisait défaut. La nuit il ne dormait pas et ses idées noires lui faisaient quitter le lit. Dans le cours d'un voyage, il fit une tentative de suicide en s'incisant le cou avec un rasoir dans le but, disait-il, de diminuer la congestion cérébrale. Un peu plus tard il se tira un coup de pistolet.

On peut observer des symptômes psychiques de nature moins grave, mais persistant très longtemps. M. Riu a communiqué à la Société médico-psychologique l'observation d'un morphino-cocaïnomane qui réussit à se débarrasser de sa double intoxication, mais qui conserva ses hallucinations pendant plus d'un an. Ce malade eut en outre des vomissements pendant six mois après le traitement.

CHAPITRE VIII

COEXISTENCE DE PLUSIEURS INTOXICATIONS

Sommaire. — I. Opiomanie et morphinomanie. — II. Alcoolisme et morphinomanie. — III. Éthéromanie et morphinomanie. — IV. Chloralomanie et morphinomanie. — V. Morphinomanie et cocaïnomanie. — VI. Saturnisme et morphinomanie.

A. — OPIOMANIE ET MORPHINOMANIE

On rencontre quelquefois des morphinomanes qui prennent, en même temps que la morphine, des préparations opiacées. Cela se produit souvent à la suite d'un traitement de démorphinisation pendant lequel, pour atténuer les souffrances du sevrage, le malade ingère de l'opium. La plupart du temps, le traitement échoue, le malade reste morphinomane et continue à user de l'opium.

D'autres fois, c'est par raffinement qu'il ingère de l'opium, afin d'ajouter de nouvelles sensations à celles que lui donne la morphine et qui commencent à s'émousser. Il obtient ainsi une euphorie plus marquée, plus lente à se produire et à se dissiper. L'activité intellectuelle est plus excitée avec l'opium qu'avec la morphine.

Les préparations les plus employées sont : l'extrait

thébaïque, le laudanum de Sydenham et surtout celui de Rousseau, qui posséderait l'action euphoristique la plus marquée.

L'association de la morphinomanie et de l'opiomanie a pour conséquence d'amener un amaigrissement beaucoup plus rapide. Les troubles digestifs sont plus marqués ; il y a de l'inappétence, des nausées, des vomissements. La langue est saburrale, la bouche pâteuse. La constipation, si opiniâtre dans le morphinisme, le devient encore davantage si cela est possible. Elle alterne avec des flux diarrhéiques intenses avec ténesme rectal et prurit anal, qu'on ne peut arrêter qu'avec une dose de laudanum.

B. — ALCOOLISME ET MORPHINOMANIE

L'alcoolisme est une intoxication qui touche si profondément l'organisme que, lorsqu'elle vient se greffer sur le morphinisme, elle en modifie immédiatement les symptômes habituels.

Tantôt le morphinisme est antérieur à l'alcoolisme, tantôt c'est le contraire. Très souvent les malades font usage d'alcool, parce qu'ils ont besoin d'un stimulant, principalement au cours d'un traitement de sevrage morphinique.

Pour remplacer le stimulant morphine dont on les prive, ils prennent des boissons alcooliques.

Il arrive toujours alors que l'alcoolisme se substitue au morphinisme. Nous rapportons plus loin une observation qui montre bien comment ces deux intoxications peuvent coexister et alterner.

Mais il est un point important, c'est l'influence que l'alcoolisme exerce sur les manifestations du morphinisme.

Dans certains cas, on observe des individus qui se

morphinisent depuis plusieurs années sans éprouver d'inconvénients sérieux pour leur santé.

Puis, du jour où ils se mettent à prendre de l'alcool, on voit alors éclater les symptômes d'intoxication morphinique.

O. Jennings a publié un cas de ce genre où les accidents morphiniques n'ont éclaté que lorsque la malade s'est mise à prendre dix verres à bordeaux de vulnéraire par jour.

L'alcoolisme agit surtout sur les manifestations mentales. Sous son influence, on voit éclater des phénomènes psycho-sensoriels sous forme d'hallucinations de la vue à caractère terrifiant, ainsi que des conceptions délirantes revêtant surtout le type du délire de persécution.

Aussi lorsque, dans le cours du morphinisme, on voit apparaître des symptômes de cet ordre, on peut être à peu près sûr, dans la grande majorité des cas, de retrouver des antécédents alcooliques chez le malade.

Nous en dirons autant du delirium tremens qu'on observe comme symptôme d'abstinence dans le cours de la démorphinisation. Sans nier, d'une façon absolue, que ce délire puisse être provoqué *de toutes pièces* par la privation de morphine, en dehors de toute influence alcoolique, nous pensons que la plupart du temps on ne l'observe que chez les individus qui ont une tare alcoolique.

Dans les observations où l'on relate cet accident, il n'est pas souvent fait mention des antécédents du malade, mais nous croyons que, lorsque l'attention des médecins aura été éveillée sur cette question des coexistences d'intoxications chez le même individu, on arrivera la plupart du temps à retrouver l'alcoolisme. Cela est d'autant plus probable que c'est dans la période de suppression morphinique que le malade se livre à de véritables débauches d'alcool pour remédier à l'absence de son stimulant habituel, et que

c'est à ce moment qu'éclatent les accès de delirium tremens.

Marandon de Montyel a rapporté une observation très instructive en ce qu'elle montre combien il est dangereux de substituer l'alcool à la morphine dans le sevrage de ce poison. Nous n'en rapporterons que les côtés les plus frappants.

Il s'agit d'un médecin qui, après s'être sevré une première fois de la morphine, fit une rechute et put s'en guérir vite à l'aide de l'alcool. Peu de temps après, il fit une seconde rechute dont il arriva encore à se rendre maître par la suppression graduelle aidée de fortes doses d'eau-de-vie.

Deux mois après, troisième rechute dont il guérit encore, mais en substituant complètement l'alcool à la morphine.

Il n'était plus morphinomane, mais il était devenu dipsomane. Quand l'alcool lui manquait, il était incapable de tout travail intellectuel, il n'avait ni énergie physique, ni énergie morale. A la suite d'un refus à un examen, il fit une quatrième rechute de morphinomanie qui dura pendant quatre ans. A ce moment, il s'injectait 1 gr. 50 de morphine par jour. Il n'éprouvait plus le besoin de boire, le stimulant morphinique lui suffisait.

Au bout de quatre ans, effrayé des doses énormes qu'il absorbait, il se souvint de l'action substitutive de l'alcool et y recourut avec excès, sans arriver toutefois à diminuer de plus de 50 centigrammes la dose de morphine. Au bout d'un an de ce régime, il présentait des symptômes d'ataxie locomotrice.

Ceux-ci l'impressionnèrent vivement, il se décida à se soumettre à la suppression brusque aidée de l'hydrothérapie. La suppression brusque détermina une série d'accidents de nature expansive qu'il avait déjà éprouvés lors de sevrages antérieurs. Mais il s'ajouta un symptôme nouveau très curieux. X..., bien qu'im-

puissant, incapable de la moindre érection, eut, dès le second jour de la suppression, l'esprit hanté d'images lubriques et fut saisi d'un ardent besoin de masturbation. Il lui suffisait de se toucher le gland pour qu'immédiatement l'éjaculation se produisît accompagnée d'une volupté extrême. Il explique parfaitement qu'il ne désirait pas la femme. Il recherchait la solitude pour voir défiler devant les yeux de son esprit les visions obscènes qui le poursuivaient et se masturber jusqu'à six ou huit fois dans les vingt-quatre heures. Il en fut ainsi pendant cinq ou six jours.

Il n'est pas probable que ce symptôme soit dû à la morphine, il dépend plutôt d'une congestion de la moelle occasionnée par les excès d'alcool. Les autres fois, aux époques où X... ne buvait pas avec excès, le réveil des fonctions s'était toujours opéré graduellement.

A peu près guéri des symptômes les plus douloureux de l'abstinence, X... alla passer trois mois dans un établissement hydrothérapique. Parfaitement décidé à ne plus prendre de morphine, il ne se tint parole qu'en s'alcoolisant chaque jour. La fonction génésique se réveilla et le malade, chaste auparavant, devint libertin.

En dépit des excès alcooliques, les troubles ataxiques disparurent sous l'influence de l'hydrothérapie. Le caractère du malade devint de plus en plus gai et expansif, ses manières indécentes, enfin il eut une première attaque de delirium tremens. Rétabli, il entra comme médecin dans les Messageries maritimes. Il se remit à boire et eut pendant deux nuits une seconde attaque de delirium tremens à Alexandrie.

La compagnie l'envoya dans les Indes avec menace d'expulsion s'il ne cessait de boire. Placé entre cette menace et les exigences de son organisme, X... eut encore recours aux injections de morphine pour apaiser son appétence morbide et but moins. Au bout de six

mois, il dut renoncer aux injections. En France, il n'avait, pour ainsi dire, jamais eu d'abcès; dans la mer des Indes, son corps en fut couvert.

Il supprima brusquement le poison, mais il fut presque immédiatement repris d'une folie alcoolique aiguë. Ses instincts génésiques acquirent une puissance énorme, il se laissa aller publiquement à des actes immoraux, il fallut le rapatrier et le séquestrer.

Il présenta alors une perversion morale et instinctive absolue, une absence de tout sentiment affectif, des penchants érotiques très développés, un cynisme révoltant dans les paroles.

Certaines paroles échappées dans des moments de surexcitation, certains aveux relatifs à des visions nocturnes rapprochés de ses actes et de ses discours de l'année précédente au sein de sa famille, faisaient soupçonner chez lui un délire religieux dissimulé avec soin.

X... a fini par avouer et par exposer des conceptions délirantes érotico-mystiques très bizarres, basées sur des perversions sensorielles. X... se croit un second Messie, supérieur à Jésus, et doué du pouvoir de ressusciter les âmes des morts pour les envoyer occuper les corps vivants. Son pouvoir s'étend sur toute la nature animée et inanimée. Chaque jour il ressuscite un certain nombre d'âmes, et quand il en aura ressuscité un nombre assez grand pour renouveler tout ce qui existe, alors il parlera, car le monde sera à point pour le comprendre.

Toute sa doctrine tourne autour de l'anus, organe tentateur, qui a été la pomme du paradis terrestre. C'est la pédérastie qui a changé la face du monde et c'est lui, X..., qui est appelé à remettre les choses en état, tout en rendant l'homme éternellement heureux.

Voilà donc un individu qui est atteint d'hallucinations persistantes avec délire systématisé. Quelle en est l'origine? L'alcoolisme, sans aucun doute. Tant

qu'il n'a été que morphinomane il n'a présenté que de l'affaiblissement intellectuel, habituel à cette intoxication. Il n'est devenu délirant que du jour où il a pris de l'alcool.

Cette observation est fort intéressante, car elle montre bien la coexistence et l'alternance de l'alcoolisme et du morphinisme. Elle confirme l'opinion généralement admise que le morphinisme ne donne pas d'hallucinations vraies, à l'état de veille.

C. — ÉTHÉROMANIE ET MORPHINOMANIE

L'intoxication chronique par l'éther est bien plus ancienne que celle par la morphine.

Peu répandue en France, elle recrute surtout ses adeptes en Irlande. Il est même assez amusant de rappeler comment cette passion prit naissance. Lorsque Simpson fit ses premiers accouchements sans douleur, à l'aide de l'éther, son procédé se répandit très rapidement, mais alors surgit un incident héroï-comique.

Les pasteurs anglicans, avec la stupidité et l'intolérance qui les caractérisent, vinrent jeter l'anathème sur les femmes qui voulaient accoucher sans douleur, en brandissant le texte de la Bible qui dit : *Parturies in dolore*, tu enfanteras dans la douleur.

A force de fulminer contre l'éther et de parler des extases qu'il produisait, l'envie vint au peuple d'y goûter. D'autre part, à la même époque, le clergé catholique irlandais avait entrepris une croisade contre le whisky. La pensée était bonne et le but louable.

Les catholiques comprirent le danger qu'il y avait à s'adonner à l'alcool. Ils abandonnèrent ce poison, mais ils le remplacèrent immédiatement par l'éther. De sorte que la campagne entreprise, d'une part, par le clergé catholique, d'autre part, par le clergé protes-

tant, eut pour conséquence de diviser la population en deux camps : les buveurs d'éther et les buveurs d'alcool, et l'on arrivait ainsi, en causant avec un individu, à diagnostiquer sa religion d'après l'odeur de son haleine.

Ceux qui s'adonnent à l'éther l'emploient de différentes façons : en inhalation et en boisson. L'inhalation se pratique de plusieurs manières.

La plus simple est d'aspirer les vapeurs qui se dégagent d'un flacon qu'on tient sous les narines. On peut encore verser de l'éther dans une soucoupe ou une cuvette et l'inhaler en se penchant au-dessus, après avoir eu soin d'envelopper la tête et la cuvette à l'aide d'une serviette qui empêchera les vapeurs de se répandre dans la pièce. De cette façon, on n'en perd pas et on en aspire beaucoup plus qu'avec une bouteille.

Enfin, il existe un dernier procédé peu pratique. Une dame avait imaginé de répandre de l'éther sur son corsage, de sorte qu'elle était littéralement entourée d'un nuage d'éther. Elle était au comble de ses vœux, malheureusement elle s'approcha du feu, les vapeurs d'éther s'enflammèrent et elle fut complètement brûlée.

Regnard raconte qu'un pharmacien avait pris l'habitude de respirer de l'éther, d'abord pour calmer ses migraines, ensuite pour se procurer une douce ivresse. Pour cela, une fois couché, il couvrait sa figure d'un mouchoir qu'il avait imbibé d'éther, il respirait jusqu'à ce que tout le liquide fût évaporé. Un matin on le trouva mort sur son lit, la figure couverte de son mouchoir et un flacon vide près de lui.

Un autre, ne trouvant pas le mouchoir suffisant, versait l'éther dans une cuvette et se plaçait la tête au-dessus. On le trouva un soir mort, le nez plongé dans le liquide.

Le procédé employé le plus communément, dans le

peuple, est la boisson. Quand on s'y est livré depuis quelque temps, on le reconnaît au premier coup d'œil. Les buveurs, en effet, ont les lèvres blanches et brûlées, les gencives érodées, la langue dépouillée de sa muqueuse, le pharynx rouge.

Au bout de quelque temps, le poison détermine dans l'organisme des troubles très marqués.

A la suite des ivresses répétées, les buveurs ont des accès de dyspepsie flatulente, l'éther calme ces douleurs pendant l'ivresse qu'il procure, mais ce n'est que pour peu de temps, et l'ivresse finie, les malaises se reproduisent. Au reste, pas de vomissements alimentaires, pas de pituites. Ces accidents dyspeptiques ne semblent pas augmenter, à mesure que l'habitude de boire devient plus ancienne, et ils restent à peu près stationnaires. Jamais ils n'acquièrent la gravité des gastrites chroniques des alcooliques. Mais peu à peu le caractère subit des modifications qui s'accentuent de plus en plus : l'ivrogne devient irritable, son humeur est capricieuse, mobile, changeante, il tombe sans raison dans des accès d'accablement complet, dans des paresses insupportables, dans des tristesses inexpliquées. Par moments, il est découragé, dégoûté de tout, dans une prostration physique et morale profonde.

Chez les vieux éthéromanes, il se produit une dégradation intellectuelle progressive. Ils en arrivent à un état d'abrutissement plus ou moins complet. Mais là encore l'éther est moins terrible que l'alcool et produit une abjection moins prononcée. On n'a jamais observé non plus chez les éthéromanes rien d'analogue au delirium tremens. Ils sont seulement et assez rarement affectés d'un peu de tremblement et de faiblesse musculaire.

Les observations d'éthéromanie coexistant avec la morphinomanie sont peu nombreuses; Pichon en a publié une très intéressante que nous résumerons.

Mme X..., femme instruite et intelligente, mariée à un homme occupant une position libérale élevée, est fille d'alcooliques. A la suite de chagrins, elle pensa d'abord à se suicider, mais recourut à un moyen moins radical d'oublier ses maux, à l'éther. A peine au lit, elle prenait son flacon, versait cinquante ou soixante grammes de son contenu dans une soucoupe qu'elle plaçait sous son menton et se couvrait la tête d'un mouchoir pour ne rien perdre des précieuses vapeurs. Cela dura neuf ans, sans que l'absorption de cet anesthésique, en quantité aussi considérable, exerçât la moindre influence fâcheuse sur ses fonctions génitales, ni troublât le moins du monde l'évolution d'une grossesse, si ce n'est que l'accouchement eut lieu le septième mois; elle mit au monde un enfant qui vit encore aujourd'hui.

Mme X... s'éthérisait donc depuis neuf ans, lorsqu'elle fut atteinte d'une métro-péritonite qu'un médecin traita imprudemment par des injections de morphine. Les premières piqûres faites par ce médecin lui-même furent douloureuses; les autres le furent moins et devinrent agréables. Au bout d'un mois, la malade était morphinomane et, comme sa situation lui permettait d'obtenir facilement de la morphine des pharmaciens du quartier, en trois mois, elle était arrivée à la dose journalière de vingt centigrammes.

Appelée, cependant, à connaître, grâce aux conversations qu'elle entendait, dans le milieu médical où elle vivait, les dangers de la morphinomanie, Mme X... s'arrêta pendant cinq ans à cette dose, et ce n'est que la septième année qu'elle atteignit cinquante centigrammes.

Elle y resta encore pendant trois ans. Elle supportait parfaitement cette longue intoxication à haute dose; et, sauf quelques troubles dyspeptiques, son état général était bon et son embonpoint n'avait pas diminué. Si son intelligence et sa mémoire étaient restées

intactes, il n'en était pas de même de ses facultés affectives et morales, car, à deux reprises, une première fois, alors qu'elle ne connaissait encore que l'éther, une seconde, étant déjà morphinomane, elle s'était rendue coupable, au préjudice des siens, de vols et de faux, qui ne donnèrent lieu à aucune poursuite et qu'elle chercha à excuser en les mettant sur le compte d'impulsions irrésistibles.

Instruite et fort intelligente, Mme X... a donné sur l'action comparée de l'éther et de la morphine d'intéressants renseignements.

Comparant ces deux substances au point de vue de l'euphorie, elle donne la palme à la morphine, qui, au lieu d'une simple sensation de somnolence, produit une chaleur enivrante parcourant le corps. Comme phénomène d'abstinence, elle dit que la suppression de l'éther ne produit guère que le regret d'une sensation agréable, celle de la morphine est suivie de souffrances positives. Cette différence est telle, qu'au cours d'un voyage, ayant oublié sa provision d'éther, et ne pouvant s'en procurer, elle ressentit un grand mécontentement, de l'énervement, de l'insomnie, mais rien de comparable à ce qu'aurait produit la perte de la morphine; et, fait digne de remarque, ni diarrhée ni vomissements.

On peut donc dire que l'éthéromanie s'accompagne de manifestations bien moins graves que celles de la morphinomanie. Pas plus que dans celle-ci, il n'existe de symptômes psycho-sensoriels. Les seuls phénomènes nerveux dont nous avons parlé sont en eux-mêmes peu importants. Mais, ce qu'il y a surtout à signaler, c'est l'absence de l'*état de besoin*, qui est si marqué dans le morphinisme, au point que l'éthéromane peut supprimer son poison brusquement sans en éprouver aucun inconvénient ni aucun symptôme désagréable.

On remarque également que la malade citée plus

haut a pu prendre de l'éther pendant des années sans cesser d'être réglée, tandis qu'il lui a suffi de deux mois de morphinisme pour voir ses règles supprimées.

D. — CHLORALOMANIE ET MORPHINOMANIE

La coexistence de ces deux intoxications n'est pas très fréquente. On l'observe généralement dans les cas où les malades sont atteints d'une affection chronique qui les a obligés à se morphiniser, pour calmer leurs douleurs. Ils prennent alors du chloral pour combattre leur insomnie. Dans d'autres cas, on voit des morphiniques avérés, chez qui survient une affection intercurrente douloureuse, telle qu'une arthralgie par exemple. Dans ces cas, le pouvoir analgésique de la morphine ne pouvant plus s'exercer, on a recours au chloral.

De toute façon, au bout d'un certain temps, la chloralomanie est constituée.

Elle se manifeste surtout par des signes physiques, qui ont été bien décrits par Kirn, Rehm, Pichon dans les observations que ces auteurs ont publiées.

Les troubles digestifs sont en général très prononcés. On constate de l'anorexie, des vomissements accompagnés de douleurs épigastriques très vives, de pyrosis, et de diarrhée.

La peau présente une teinte subictérique. La rate est tuméfiée. Il existe, en outre, du ténesme vésical, des élancements dans le dos et les membres.

Rehm signale une paralysie vaso-motrice, de l'abaissement de la température centrale, des éruptions cutanées, parfois compliquées de gangrène, de la tendance aux hémorragies. Pour lui, les troubles nerveux et psychiques consistent en secousses convulsives, accès épileptiformes, morosité, tristesse, accès de manie, apathie, dépression intellectuelle, insomnie.

Pichon, au contraire, insiste sur l'absence de trou-

bles nerveux et psychiques; il y aurait donc là une question à élucider, ce qui ne pourra se faire que plus tard, lorsqu'on possédera des observations assez nombreuses.

Le chloralisme crée, comme le morphinisme, un véritable état de besoin. Chaque fois que l'ingestion de la dose habituelle tarde, l'individu est dans un état d'anxiété véritable, il éprouve un malaise général et une douleur physique réelle. Ces phénomènes sont loin d'approcher de ceux de l'abstinence morphinique.

Cependant, dans ce cas, où on avait fait la suppression brusque du poison, Pichon a observé des phénomènes syncopaux alarmants. Les battements du cœur étaient peu perceptibles et la température était tombée à 36°, puis à 35°. Le regard était fixe, le réflexe pupillaire et cornéen était aboli. Il suffit d'une dose de chloral pour dissiper tout danger.

Kirn a fait une étude très intéressante de la question. Il considère que l'intoxication chloralique entraîne une paralysie vaso-motrice du système nerveux central qui amène un ralentissement de la circulation cérébrale, d'où stase veineuse et anémie artérielle entraînant des altérations de tissu.

Cet auteur a publié une observation dont nous reproduisons les parties importantes, l'on y trouve parfaitement décrits les symptômes psychiques que détermine le sevrage.

Observation. — S. G., trente-cinq ans, négociant, d'une famille très névropathe, sujet aux accès d'asthme. Depuis trois ans, sur les conseils de son médecin, il prit du chloral et de la morphine d'après la prescription suivante :

Chloral	6 gr.
Morphine	0 gr. 05

Au début il prenait seulement la moitié de cette dose à peu près en huit jours. Le retour plus fréquent des accès fit augmenter la dose.

Depuis décembre 1882, les accès étaient si intenses qu'ils l'obligeaient à garder le lit.

La formule fut modifiée ainsi :

Chloral	8 gr.
Morphine	0 gr. 08

Souvent cette dose était prise en une journée. Il se trouvait ainsi dans un état d'assoupissement chloralique. Au bout de plusieurs mois apparurent des symptômes d'intoxication chronique : irrégularité de l'appétit, diarrhée, augmentation de l'amaigrissement, ténesme vésical, douleurs dans les membres et la colonne vertébrale, insomnie, affaiblissement moral, perte de la volonté, impossibilité de renoncer au médicament, excitation psychique.

Suppression brusque du chloral avec petites doses de morphine en injections.

Les premiers jours : agitation, cris, tapage.

Puis apparurent les *hallucinations* surtout de l'*ouïe*, aucune des autres sens, de nature menaçante : « On venait le précipiter du haut d'un grenier dans un foyer ardent, dans la cour, dans un cloaque, on lui arracherait les oreilles, on lui couperait les bras et les jambes, puis il serait pendu, jeté à l'eau, décapité. »

Les voix revenaient tous les jours plus intenses et plus fréquentes, elles étaient prononcées à haute voix et distinctement et, ce qui est plus intéressant, il ne les entendait parfois que dans la journée, tandis que la nuit elles cessaient complètement, bien que le malade fût en proie à l'insomnie, à l'agitation et à la peur. C'était tout d'abord la voix de son médecin qui, de la cour, lui criait les menaces les plus épouvantables.

Il entendait aussi la voix de sa sœur et celle d'un clerc d'avoué qui occupait une chambre voisine de la sienne.

Facies anémique, blême, grand amaigrissement (diminution de poids de 56 à 36 kilog.), absence de tissu graisseux, pouls petit, violentes envies d'uriner sans polyurie, surtout la nuit, douleurs dans les extrémités inférieures.

Il pleure et ne peut se calmer, « sa femme et ses enfants sont morts, on le lui a dit dans la cour. On lui a ordonné de marcher enchaîné pendant douze heures, même s'il tombait mort en chemin. »

« On a donné l'ordre de le conduire dans une maison d'aliénés par l'entremise de la police. Ma femme sera exilée.

Le professeur crie dans la cour : « Juif, chiffonnier, que le diable t'emporte. »

« Le jugement a été rendu, il faut qu'il soit exécuté, rien ne me rattache plus à la vie, car ma femme est morte avant-hier à l'hôpital, ainsi que je l'ai appris. »

« Il sera assommé, fusillé, et pendu. La peine de mort sera exécutée sept fois, on le traitera d'une façon très barbare. Il vit maintenant dans les angoisses de la mort, il sera passé par les verges; il ira dans une maison de correction, il perdra bras et jambes. »

Au point de vue social, le chloralisme ne présente pas le même danger que le morphinisme, car il ne risque pas de se propager comme ce dernier. Le chloral, en effet, ne produit pas cette euphorie que recherchent les adeptes de la morphine et de la cocaïne. Il amène un sommeil brutal, sans les rêveries ni l'excitation intellectuelle de la morphine.

Il n'en est pas moins vrai que, comme tous les poisons, il tend à amener la déchéance nerveuse de l'individu et que, par conséquent, il faut le combattre au même titre que les autres.

E. — MORPHINOMANIE ET COCAINOMANIE

L'emploi de la coca dans le traitement du morphinisme a été proposé en 1880 par Bentley. Cette méthode de traitement s'est répandue avec une rapidité extraordinaire. Au bout d'une année, le cocaïnisme s'était fait un nombre considérable d'adeptes, tandis que le morphinisme avait mis plus de dix ans pour se répandre.

Aussi l'on put bientôt assister à l'éclosion des accidents causés par le nouveau poison.

Erlenmeyer fut un des premiers à en signaler les fâcheux effets. Puis vinrent : Jennings, Mattison, Buhler, Borneman, Read, Jæckel, Christian, Ball,

Magnan et Saury, Wesphal, Pichon, Jastrowitz, etc.

Pour Erlenmeyer, lorsqu'un morphinomane se fait des injections de cocaïne, il se développe chez lui un état toxique particulier dont les symptômes ne sont pas les mêmes que ceux du morphinisme et du cocaïnisme associés. Il se développe une véritable affection hybride qui a ses symptômes et son pronostic propres, différents de ceux du morphinisme et du cocaïnisme.

Cela est frappant, surtout pour le pronostic qui est presque toujours fatal pour la morphino-cocaïnomanie, tandis qu'il est beaucoup plus favorable pour le cocaïnisme seul.

MM. Magnan et Saury n'admettent pas cette manière de voir. Ils estiment qu'il s'agit moins d'une combinaison que d'une simple coexistence morbide. Ils s'appuient, pour défendre leur opinion, sur ce fait que les accidents psycho-sensoriels si graves n'apparaissent que lorsqu'on emploie la cocaïne et qu'ils disparaissent quand on la supprime, et sur ce que l'administration exclusive de la cocaïne donne lieu à ces mêmes accidents.

Nous partageons tout à fait l'avis de M. Magnan. Il nous semble, en effet, que dans une double intoxication, les symptômes propres à chacune d'elles peuvent subir une certaine modification par le fait de l'existence d'une intoxication concomitante. Ainsi, chez un morphinomane, le système nerveux subit une dégradation très sensible et, lorsque la cocaïnomanie viendra se greffer sur la première intoxication, il sera tout naturel que les symptômes qu'elle produira pourront ne pas être absolument les mêmes que si elle évoluait sur un terrain vierge de détérioration antérieure. Il n'y aura pas pour cela combinaison ni fusion de deux affections en une seule.

La différence des symptômes tiendra simplement à une différence de résistance de l'organisme. Il en est de même pour le pronostic. Il est bien évident qu'il

doit être beaucoup plus défavorable quand l'individu use de deux poisons que lorsqu'il n'en prend qu'un seul.

Dans la circonstance, il le sera d'autant plus que la cocaïnomanie entraîne par elle-même un pronostic très mauvais, puisqu'elle donne lieu à une véritable psychose. Par conséquent, lorsqu'un système nerveux est déjà affaibli et dégradé par le morphinisme et qu'on lui inflige encore l'intoxication cocaïnique, on développe des phénomènes beaucoup plus accentués dont la gravité entraînera un pronostic plus sombre.

Il en est de même, du reste, pour toutes les autres intoxications et, si l'on voulait admettre l'opinion d'Erlenmeyer, il faudrait pousser la logique jusqu'au bout et considérer que la morphinomanie crée, par son association avec l'éthérisme, le chloralisme, etc., de véritables affections hybrides au même titre qu'elle le ferait avec la cocaïnomanie.

Mais, alors, qu'arriverait-il?

Dans les cas où il y a trois intoxications coexistantes, par exemple, la morphinomanie, la cocaïnomanie, et la chloralomanie, ce qui n'est pas rare, si l'on admettait la théorie d'Erlenmeyer, il se ferait là un singulier amalgame.

Ce qu'il y a de plus logique et de plus conforme à l'observation c'est d'admettre que chaque intoxication évolue avec ses symptômes habituels, lesquels peuvent être plus ou moins modifiés selon la nature de l'intoxication concomitante. Ce qui confirme cette opinion, c'est que, dans les traitements de suppression, on commence d'abord par supprimer le poison qui a été introduit en dernier lieu, et qu'on assiste invariablement à la disparition des accidents qui lui étaient propres, pour ne plus se trouver ensuite qu'en présence des accidents du morphinisme pur. Or, s'il s'était fait la combinaison dont parle Erlenmeyer, il ne serait pas si facile d'en dissocier les éléments.

Généralement, voici comment les choses se passent.

Voulant supprimer la morphine et remédier aux souffrances causées par ce sevrage, le morphinomane se fait des injections de cocaïne, dont il élève progressivement les doses, à mesure qu'il diminue celles de morphine, mais la progression des doses de cocaïne se fait avec une rapidité beaucoup plus grande que cela n'avait eu lieu pour la morphine.

Tandis que, pour cette dernière, on met souvent des mois pour arriver à 0gr,50 ou 1 gramme, avec la cocaïne, on atteint très vite les doses de 1 à 3 grammes. Il arrive quelquefois que le malade réussit à substituer complètement la cocaïne à la morphine, mais cela ne dure pas longtemps et, sous le prétexte de combattre l'insomnie, il revient à la morphine dont il s'injecte des doses égales et supérieures à celles qu'il employait primitivement.

De sorte qu'il n'est pas guéri de sa morphinomanie et qu'en outre il est devenu cocaïnomane.

Nous allons assister alors à l'évolution de cette nouvelle intoxication, qui se manifeste par des troubles psycho-sensoriels graves qu'on n'observe jamais dans le morphinisme. Ceux-ci seront généralement plus accentués que dans le cocaïnisme pur, puisqu'ils évoluent sur un terrain nerveux déjà affaibli par le morphinisme.

Euphorie. — Sous l'influence de faibles doses de cocaïne, on éprouve une sensation indéfinissable de fraîcheur agréable et bienfaisante. Il se produit une excitation de la force nerveuse qui se traduit par de la loquacité, une aptitude plus grande pour le travail, un besoin d'activité musculaire, de l'excitation génésique, parfois suivie d'éjaculations.

Il y a, en un mot, une véritable euphorie comparable à celle de la morphine, mais qui est de bien plus courte durée. De nouvelles doses de cocaïne la reproduisent sans cesse, mais à la condition de toujours augmenter la dose.

Dans les Confessions qu'il a écrites, un médecin cocaïnomane nous a donné des renseignements très précieux sur les impressions du début de son intoxication : « La première sensation qu'on éprouve est un état d'excitation indescriptible. On a l'ambition de faire quelque chose de grand, quelque acte extraordinaire, quelque œuvre hors pair et de se signaler à l'attention publique. Mais, hélas! cette impression disparaît aussi rapidement qu'elle est née et bientôt il ne subsiste que ceci : un besoin impérieux de cocaïne, chaque partie du corps semblant implorer une nouvelle injection.

« La seconde sensation est celle d'une exaspération extraordinaire de l'acuité auditive. Il semble qu'on entende des bruits autrefois imperceptibles, jusqu'au bruit même des pas de la mouche sur une feuille de papier. Après quelque temps les sons extérieurs prennent un caractère particulier, il semble que ce soient des remarques sur vous-même, des remarques désobligeantes, odieuses et vous commencez dès lors à rechercher la solitude, n'ayant pour tout ami, pour unique compagnon, que la seringue bien-aimée. Maintes et maintes fois, j'ai arrêté des personnes qui me croisaient dans la rue ou bien j'ai voulu les faire arrêter par la police, m'imaginant qu'elles parlaient de moi. »

Troubles de la motilité.

Parmi ceux-ci on note des tremblements, des convulsions partielles. Mais ce qu'il y a de plus important, ce sont les attaques d'épilepsie qu'on observe dans ces cas.

Le malade tombe brusquement frappé d'une attaque épileptique : cris, perte absolue de connaissance, convulsions toniques et cloniques (face et membres), écume à la bouche, râle trachéal. Il se relève au bout

d'une demi-heure, ne se rappelant nullement ce qui vient de se passer. Celles-ci disparaissent lorsqu'on cesse le poison (Magnan).

Troubles de la sensibilité.

Anesthésie et analgésie. — Il existe une analgésie généralisée qui explique comment des malades peuvent s'introduire dans le rectum, sans douleur, des corps étrangers, tels que des manches de couteau, des clefs, des aiguilles.

A côté de cela, on constate des plaques d'anesthésie autour des piqûres, ce qui fait que le malade ne ressent aucune douleur quand il fait ses injections.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable et ce qui est tout à fait spécial à l'intoxication cocaïnique, ce sont les phènomènes psycho-sensoriels que nous allons exposer.

Illusions et hallucinations de la sensibilité générale. — Un des faits les plus curieux du cocaïnisme consiste dans les sensations que les malades éprouvent, soit à la surface de la peau, soit sous celle-ci, d'une façon permanente et qui sont très caractéristiques du cocaïnisme.

Il y a une sorte de prurit désagréable qui pousse les malades à se gratter, à se déchirer avec les ongles la peau des membres ou de la face, à se racler la langue pour enlever les corpuscules qui les gênent et qu'ils s'imaginent être soit des cristaux de cocaïne éliminés par transsudation, soit des insectes qui rongent la peau, soit des microbes, soit des vers qui grouillent dans les abcès produits par les piqûres. On voit même ces malheureux fouiller au fond des plaies et retirer avec la pointe d'une épingle les animaux qu'ils s'imaginent y avoir élu domicile. C'est la « chasse au ver de la cocaïne ».

« Vous vous imaginez, dit le médecin dont nous parlions plus haut, que, sous la peau, il y a des vers ou

d'autres animaux du même genre qui se promènent. Si vous les touchez avec un tampon de coton, de coton hydrophile surtout, ils se sauvent et disparaissent pour sortir la tête de quelque autre coin, afin de regarder avec précaution et voir s'il n'y a pas de danger à l'entour. Ces vers, le cocaïnomane ne les voit que sur sa propre personne et sur ses propres vêtements. Il les voit sur sa peau, grimpant après sa plume, sur les vêtements qu'il quitte pour les mettre au sale, jamais sur les autres, jamais sur les vêtements des autres, jamais sur son propre linge quand il revient du blanchissage. »

Cette sensation est caractéristique de la cocaïnomanie.

Illusions et hallucinations de la sensibilité musculaire. — Celles-ci consistent surtout en secousses musculaires troublant le repos du malade jusque dans le sommeil, en crampes dans les jambes, fourmillements aux extrémités avec la sensation de marcher sur du coton.

D'autres fois, le malade étant couché, il lui semblait que son lit chavirait, que ses pieds s'empêtraient dans les fils dont les draps étaient cousus et qui, chargés d'électricité, lui donnaient des fourmillements et des secousses. Son lit était plein de puces. A chaque secousse électrique la voix d'un ami lui reprochait ses excès. Certains malades éprouvent de petites secousses très courtes des muscles sous-cutanés, plus fréquentes dans la région du dos, qui leur donnent la sensation d'un léger choc. Cette sensation est quelquefois plus accentuée et alors ils sentent qu'une main invisible les frappe dans le dos ou sur l'épaule.

M. Magnan a insisté sur ce fait que la cocaïnomanie donne surtout des troubles de la sensibilité générale. Puis, viennent les hallucinations.

L'action est donc fort différente de celle qu'on observe dans la morphinomanie.

Elle se rapprocherait plutôt de celle de l'alcoolisme et de l'absinthisme avec cette différence que l'intoxication par la cocaïne, qui agit sur les parties corticales de l'encéphale, paraît marcher d'arrière en avant, débutant par le lobe occipital pour atteindre ensuite les centres sensoriels, à l'inverse de ce qui se voit pour l'alcool et l'absinthe.

PSEUDESTHÉSIES. — *Illusions et hallucinations de la vue.* — Celles-ci sont de nature diverse, mais où domine généralement la vision d'objets mouvants. Ainsi le malade voit se déplacer dans un rapide mouvement d'ascension et de descente un vide-poche accroché au mur de sa chambre.

Il aperçoit des ombres mouvantes se projeter sur les murs.

Il voit ses meubles bouleversés la nuit par des malfaiteurs inconnus. (Magnan.) Un autre se trouve assailli par un essaim d'abeilles, elles voltigent autour de lui, ses vêtements en sont couverts, il les voit, les touche, les écrase, mais ne ressent aucune piqûre et n'entend aucun bourdonnement, puis l'essaim disparaît subitement.

Une autre fois, il voit une tortue qui le croise sur sa route, qui se met à le suivre, gesticulant avec ses pattes comme pour l'inviter à se lancer dans un précipice voisin.

Il aperçoit des figures qui s'allongent, des têtes qui augmentent de volume, souvent tous les objets perdent leurs contours réels. Les vêtements pendus au mur, les tentures prennent des formes d'animaux fantastiques dont il imite les grognements.

Les accidents du mur étaient autant de trous par lesquels on l'épiait et qu'il bouchait avec soin. Une fois il vit une ombre le coucher en joue et tirer, il aperçut l'éclair et entendit la détonation. Le parquet de sa chambre se trouvant mouillé, il vit s'en élever une vapeur, ayant l'odeur de l'acide chlorhydrique et,

remarquant des trous au plafond, accusa ses voisins de l'étage supérieur de lui jouer des tours. (Chambard.)

Un médecin, dont Sollier a publié l'auto-observation, voyait onduler les couvertures de son lit, puis les dessins de la tapisserie prendre des formes variées : c'étaient des hommes revêtus des costumes d'une autre époque, se livrant à des séries de mouvements combinés : par exemple, deux des personnages tenaient par ses extrémités un voile sous lequel quantité de personnages secondaires venaient s'abriter.

Ces mouvements s'accentuaient à chaque piqûre et il arrivait souvent que ces hommes se roulaient par terre comme en proie à des convulsions qui auraient eu la cocaïne pour cause. Parfois c'étaient des scènes érotiques sans qu'il y eût d'excitation des sens.

Le médecin qui a écrit ses Confessions nous dépeint très bien les illusions de cette nature : « Un jour, toutes les personnes que j'aperçus de près ou de loin me semblaient être nues et dans les attitudes les plus lascives, seules ou avec d'autres. Je me rappelle avoir franchi le seuil de l'amphithéâtre de chirurgie et avoir aussitôt vu l'assistance nue comme un ver : le chirurgien, les aides, les étudiants. »

Un malade de Læhr voyait des miroirs, des réflecteurs qu'on projetait d'en haut pour l'observer. Il lui semblait reconnaître, dans tous les dessins du papier de sa chambre, des images de lanterne magique.

Croyant absolument à la réalité d'existence des objets qu'il voyait, il entrait en fureur dès qu'on essayait de le contredire. Il adressa même à la police une demande de protection contre les miroirs et la pluie électrique.

Illusions et hallucinations de l'ouïe. — Les malades entendent soit des bruits divers, soit de véritables voix.

Ainsi on en voit qui sont réveillés par un bruit de toc-toc. D'autres entendent des bourdonnements, des

sons de cloche, des voix qui l'interpellent et le tiennent en éveil. (Magnan.)

Quelquefois, les voix semblent partir de certains points, toujours les mêmes, dans les différentes pièces de la maison, de la ruelle ou du ciel du lit, des cheminées. Celles-ci suggéraient au malade de renoncer à la cocaïne, le menaçant de la folie, s'il continuait l'usage du poison.

Parfois elles insistaient sur l'usage de la morphine, le tout sur un ton ironique, dans un langage qui variait très peu et où revenaient constamment les mêmes qualificatifs : pénibles, remarquables, regrettables, scandés avec une intention railleuse qui exaspérait le malade et lui faisait, par esprit de résistance, augmenter les doses de cocaïne.

Læhr a observé un individu qui, à la suite d'une forte dose de cocaïne, crut que son voisin de chambre, qu'il ne connaissait pas, venait regarder par le trou de la serrure et lui criait les mots : Cocaïniste, morphiniste. Il écrivit à la suite de cette hallucination une lettre à l'un de ses oncles l'informant que ses voisins le persécutaient et qu'il allait requérir la police pour se débarrasser d'eux.

Un autre, un pharmacien, s'imaginait que la maison qu'il habitait était une maison de passe et qu'il entendait dans une chambre voisine deux femmes s'amuser ensemble. Peu après, il entendit les enfants des rues lui crier des injures : « Le pharmacien X. est un cochon. »

Le malade de Chambard est à cet égard assez complet. Il entendait les gens qui passaient dans la rue le nommer, lui ordonner d'aller coucher dans tel hôtel, d'autres répétaient toutes ses pensées. Ces voix parlaient généralement bas, mais d'une manière très distincte et venaient de distances ainsi que de directions diverses. L'une d'elles appartenait à un de ses amis et il la reconnaissait toujours, même lorsque cet ami,

pour le tromper, **empruntait la voix de sa mère ou** celle de toute autre personne. Ces hallucinations lui ont valu une mésaventure assez plaisante.

Un jour qu'il passait le ventre et la bourse vides devant un des principaux cafés de Bordeaux, une voix, celle de son ami, lui dit à l'oreille : « J'ai pitié de toi, entre là, ton chocolat est payé. » Il vit un consommateur qui lui faisait amicalement signe de s'asseoir à une table. Sans hésiter, il entra, se fit servir une tasse de chocolat, la but et, après avoir remercié les consommateurs ébahis, se disposait à partir, lorsque, à sa grande surprise, on lui réclama le prix de sa consommation. Il dut laisser en gage un beau couteau de poche auquel il tenait beaucoup. (Chambard.)

Plus tard, il chercha à mettre les voix en défaut : « C'est une hallucination, disait-il. — « Non, Valentin, répétait la voix, ce n'en est pas une. » — « Si tu veux que je te croie, répétait le malade, cite-moi un fait que j'aie oublié. » Et la voix de lui rappeler les événements les plus oubliés de son existence et de lui chanter des airs sortis depuis longtemps de sa mémoire.

D'autres fois, il regardait la porte en pensant à la fenêtre, ou sautait quelques lignes en lisant son journal, mais les voix infaillibles ne se laissaient jamais prendre en défaut.

Illusions et hallucinations de l'odorat. — Celles-ci sont assez rarement signalées. Tantôt les malades s'imaginent qu'on leur fait respirer des gaz pour les rendre fous; tantôt il leur semble qu'une odeur pénétrante se dégage de leur personne.

Illusions et hallucinations du goût. — Les malades accusent souvent la perception de saveurs désagréables. Ils trouvent aux mets qu'on leur sert le goût de tabac, de plâtre.

Troubles des facultés intellectuelles.

Chez les morphino-cocaïnomanes, les troubles mentaux sont assez marqués. Ces malades ont volontiers des idées hypocondriaques. Les facultés morales sont affaiblies. Ils deviennent d'une irritabilité excessive et l'on voit souvent se développer chez eux des idées de persécution. Parmi ces troubles mentaux, il en est un qui a une importance particulière et dont Erlenmeyer fait une description très juste. « C'est une surabondance extraordinaire dans la conversation et la correspondance. Ces malades font, en parlant, de nombreuses parenthèses. Ils n'en finissent jamais. Ils ont toujours encore quelque chose à dire, ils se répètent. Il y en a qui ont la manie d'écrire des lettres qui remplissent des pages entières. Aussi sont-ils incapables de terminer une affaire. Ils travaillent du matin au soir et font néanmoins beaucoup moins d'ouvrage qu'ils n'en faisaient auparavant en beaucoup moins de temps.

« Ajoutez à cela la perte de mémoire dont ils sont affligés en tant que morphinomanes et alors leur conversation devient insupportable.

« Un médecin spécialiste présentait par la combinaison des deux symptômes énoncés plus haut les phénomènes les plus extraordinaires. Il donnait la justification de ses notes d'honoraires dans des lettres d'une longueur extrême. Dans l'examen de ses malades, il multipliait à l'infini et embrouillait toutes les questions, les répétait plusieurs fois, oubliait ses prescriptions et ordonnances d'un jour à l'autre, ne se rappelait plus les rendez-vous qu'il avait donnés à ses malades, se disputait avec eux quand ils entraient, contestait leurs observations au sujet de ses ordonnances. Tout le monde le prenait pour un fou et on fut obligé de l'interner dans une maison d'aliénés. »

A la fin les malades sont pris d'accès maniaques,

caractérisés par un délire diffus avec mélange d'idées ambitieuses et de persécution. Quelquefois, ils deviennent, sinon dangereux, du moins bruyants et incommodes.

Chambard raconte que son malade se promenant au milieu de la nuit, il avait cherché querelle à quatre hommes qui s'obstinaient à diriger sur lui des rayons de lanternes dont ils étaient munis et s'était attiré de leur part une correction magistrale. Un autre jour, il entre dans un hôtel, se met au lit, après s'être fait une copieuse injection et les hallucinations redoublant, il s'imagina qu'on l'empêchait de se piquer, qu'on lui dérobait sa cocaïne.

Exaspéré il se leva en vociférant, enfonça une porte à coups de pied et fit un tel vacarne qu'il attira les gens de l'hôtel qui le firent arrêter.

D'autres fois, ils sont atteints d'un véritable délire de persécution.

Un malade de Læhr s'imaginait que sa maîtresse le trompait avec un certain « Arthur », que tous deux avaient ourdi un complot et que dans le but de le chasser de ce monde ils l'empoisonneraient avec la morphine.

Un jour, il s'en prit aux meubles de sa chambre et brisa son poêle pour découvrir ses persécuteurs. Plus tard, il racontait que, dans sa maison, s'était établie une bande de voleurs à laquelle s'était jointe sa maîtresse. Cette bande complote contre lui et veut le tuer, puis mettre sa mort sur le compte de la morphine et s'emparer de sa fortune. Olga, l'une des femmes de la bande, est une femme qui « lit sa pensée », c'est-à-dire qu'elle connaît toutes les pensées du malade et à chaque instant elle répète : « il a pensé ça et ça. »

Le médecin, auteur des Confessions, en a été également victime. « A cette époque, écrit-il, j'achetai trois chiens du mont Saint-Bernard, pensant qu'ils me protégeraient; mais, une nuit, je découvris qu'ils parlaient

de moi entre eux et se consultaient sur les moyens de se débarrasser de moi. Je sautai sur mes pieds et tuai un des chiens avec un revolver que je portais toujours sur moi; je crois que ce fut la nuit la plus terrible de mon existence.

« Moi, debout sur la table avec un poignard indien et une seringue par terre, un chien de près d'un mètre de stature agonisant à mes pieds et deux autres molosses rugissant et grondant, allant çà et là, me regardant d'un œil de reproche, moi me disant toujours : « Voici le moment, ils vont me mettre en pièces. » Je passai la nuit sur ma table jusqu'à l'arrivée de mon infirmier qui osa à peine entrer dans ma chambre. »

On peut même assister à de véritables drames comme celui que nous allons raconter et dont le triste héros fut un médecin qui était appelé à un brillant avenir.

Dans la nuit du 17 au 18 mars 1892, le Dr P......., ancien chef de clinique ophtalmologique, tuait sa femme à coups de revolver et se logeait une balle dans la tête. Mariés il y a deux ans, ils paraissaient heureux. P....... était depuis longtemps morphinomane. Il y a quelques mois, il fut pris de folie jalouse que rien ne justifiait, et bientôt toutes les personnes de son entourage furent en butte aux plus affreux soupçons. La journée et la soirée du 17 s'écoulèrent au milieu des scènes et des querelles : la jeune femme ne put ramener le calme dans l'esprit de son mari. Celui-ci était à bout et son parti était pris. Il écrivait un grand nombre de lettres et envoya à un journal de Paris, le *Gil Blas*, un long factum dans lequel il expliquait son crime, et que nous reproduisons.

En même temps, P....... écrivait à M. Lacassagne :

« Je suis morphinomane, cocaïnomane, bromuromane. Vous qui ferez mon autopsie, vous saurez qu'avant de mourir je me suis fait un très grand nombre de piqûres. J'ai avalé du chloral, du bromure.

J'ai reniflé de la cocaïne et peut-être, pour être plus sûr, je vais m'achever avec le revolver. Vous trouverez des lésions d'encéphalite.

Il a fait tout cela et les résultats de l'autopsie ont confirmé son diagnostic.

P....... était devenu un persécuté-persécuteur.

Les accusations qu'il a formulées, les lettres qu'il a écrites, le meurtre et le suicide qu'il a exécutés, constituent une série d'actes qui démontrent le délire provoqué par l'absorption continue d'une substance toxique.

Ainsi que l'a prouvé l'autopsie, P....... était un aliéné et doit être considéré comme entièrement irresponsable.

Pour s'en convaincre, il n'y a du reste qu'à lire la lettre que ce malheureux a écrit, la veille de son crime, au directeur du *Gil Blas* et que nous reproduisons ci-dessous.

Monsieur le Directeur,

Je vous envoie, sur un drame qui va se passer prochainement à Lyon, et qui ne sera point banal, je vous le jure, des détails que je pourrais appeler avant la lettre, et qui, publiés au moment même où la nouvelle de son accomplissement vous parviendra, ne sauraient moins faire que d'intéresser vos nombreux lecteurs.

Voici les faits : Je me suis marié il y a deux ans et demi avec une jeune fille que, comme tous les jeunes maris (j'ai trente-quatre ans), je croyais pure, aimable, de bon caractère, bref, accomplie.

Dès le lendemain, je crus constater qu'elle n'était point vierge, mais je ne pus en être sûr et le fait me paraissait si improbable, que, bien que médecin, je ne m'arrêtai pas à cette idée. Dans la suite, je crus remarquer chez ma femme une coquetterie extraordinaire; il me semblait qu'elle dévisageait les passants d'une manière un peu hardie; mais comme elle ne sortait presque pas de chez elle et que là elle était en compagnie de ma mère, je vécus sans aucun soupçon. Je souffrais seulement de son caractère désa-

gréable et bientôt je me trouvai si malheureux, que je me livrai à la morphine, ce funeste poison à la mode. J'en arrivai au bout de peu de temps à me faire de nombreuses piqûres.

Ma femme s'en aperçut-elle, la chose est possible, je crois pourtant qu'elle lui fut révélée par mon frère, pharmacien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Toujours est-il qu'ils devinrent bientôt amant et maîtresse. Ils surent si bien cacher leur liaison que, alors même que nous habitions tous quatre ensemble, ni ma mère ni moi ne remarquâmes rien de particulier dans leur allure. Plus tard, elle devint grosse (et certaines particularités me rendent sûr que l'enfant était de mon frère), elle accoucha, il y a quatre mois, d'un bébé ressemblant merveilleusement au pharmacien. Il fut le parrain de l'enfant, et la mère, comme consolation, voulut absolument qu'il portât mon nom de Léon.

Elle resta au lit deux mois, et, à peine levée, voulut courir à un nouveau rendez-vous; c'est d'ailleurs cette hâte qui l'a fait pincer. La chose vaut la peine d'être racontée.

Un matin, elle me dit à brûle-pourpoint : « Que joue-t-on ce soir au Grand-Théâtre? Je voudrais bien y aller, mais il faudrait pour cela faire modifier ma toilette et je passerai ce soir chez la couturière. »

Cette idée subite me parut bizarre, aussi, lorsqu'elle offrit de faire porter ses vêtements par la nourrice, m'empressé-je de l'inviter à garder cette nourrice avec elle pendant tout le temps qu'elle passerait chez la couturière, elle refusa absolument; j'insistai, nouveau refus formel et elle partit.

La nourrice revint seule cinq minutes après (la couturière habite à deux pas de la maison) et mon frère qui, sans doute, guettait son retour, me demanda : « Qu'y a-t-il donc? » Je répondis : « C'est la nourrice qui revient d'accompagner Marie. » Il n'ajouta rien et partit un instant après. J'eus le tort de ne pas le suivre, mais j'étais si surpris qu'un frère pût commettre un tel crime que je repoussai cette idée. Ma femme revint trois quarts d'heure après, visiblement gênée, s'excusant d'être restée si longtemps, expliquant la fraîcheur de ses joues par cette raison que la couturière l'avait reçue dans une chambre sans feu; en somme, je commençais à avoir des soupçons sérieux, qui augmentèrent encore les jours suivants, quand je constatai l'air embarrassé qu'ils prenaient tous les deux en ma pré-

sence. La gêne était même si grande que, nos repas pris en commun étaient expédiés, tant nous avions hâte de ne plus nous regarder ainsi en chiens de faïence.

Après quelques jours de cette gêne, je pris un beau jour le parti de les accuser tous les deux du forfait que je soupçonnais; mais ils jurèrent leurs grands dieux, leur parole d'honneur qu'ils étaient innocents. Bien que nullement rassuré, j'attendis les événements.

Ma femme, voyant mon esprit dirigé vers mon frère, conçut le projet de chercher un nouvel amant et jeta son dévolu sur mon confrère, le docteur L......, qui l'avait accouchée quelques mois auparavant.

Il paraît que tout marcha à merveille; mais je fus bientôt mis au courant de cette nouvelle intrigue de la manière suivante :

L'enfant n'avait pas de nourrice, et la sœur qui le gardait prétendait en connaître plusieurs excellentes, dans son pays, à 200 kilomètres de Lyon, à Chabreloche. Le docteur L...... me conseilla de faire ce voyage et insista beaucoup pour que je prisse ce parti. Sur le seuil de la porte, il me demanda encore si j'étais décidé à y aller et je répondis oui très énergiquement. Le lendemain, vers trois heures de l'après-midi, il vint chez moi et fut fort surpris de m'y trouver; il inventa un prétexte quelconque et partit fort penaud. Je fis remarquer à ma femme combien sa conduite était extraordinaire, elle me répondit qu'il était possible que le docteur L...... ait eu des intentions sur elle, mais que s'il fût venu en mon absence, elle l'aurait fort mal reçu et m'en aurait informé.

Je me rendis à ces raisons, mais en questionnant adroitement ma femme, les domestiques, j'acquis bientôt la conviction que mon confrère était venu d'autres fois à la maison en mon absence, et je surpris la sœur garde-malade jouant le beau rôle d'entremetteuse, de messagère galante entre les deux amants. Quelle belle conduite pour une religieuse !

Je n'avais donc plus de doutes, mais auparavant, combien j'avais été perplexe (et c'est en cela que ce long récit est intéressant); je me demandais si ma jalousie n'était pas une monomanie, un trouble cérébral dû à mes habitudes de morphinomanie. Voilà ce qui explique pourquoi je fus aveugle si longtemps. Depuis que j'ai acquis la certitude absolue de mon déshonneur, j'observe ma femme, je remarque son révoltant cynisme. C'est un être absolument dégradé;

je me rappelle maintenant certains faits auxquels je ne pouvais croire et qui cependant sont vrais; elle a dû se donner à tout le monde, au premier venu; je me rappelle l'avoir vue tourner autour des domestiques, des frotteurs, des garçons d'hôtel et cela alors qu'elle n'avait même pas l'excuse de ma morphinomanie.

Et comme elle a bien su exploiter ce défaut dont elle a eu connaissance, mais dont elle ne m'a jamais parlé. Depuis qu'elle s'est aperçue de mes soupçons, elle cherche de toutes les manières à me faire passer pour fou, peut-être même compte-t-elle me faire enfermer bientôt pour se débarrasser de moi.

Et cependant je ne suis pas fou, je vous assure, et quoi que puissent dire les médecins légistes qui feront mon autopsie, je suis bien certain d'avoir tout mon bon sens et de raisonner avec la plus parfaite logique.

D'ailleurs, comme on ne manquera pas, si je me tue après m'être fait justice, d'attribuer ce drame à mes habitudes de morphinomanie, j'ai pris le soin d'écrire aujourd'hui même un grand nombre de lettres aux personnes qui me connaissent bien et auxquelles je raconte tous les faits en détail.

S'il faut des preuves de l'intégrité de mes facultés mentales, je vous donnerai d'abord celle de cette lettre écrite entièrement de ma main, froidement, sans trembler, et je doute que vous y puissiez découvrir quelque chose de déraisonnable ou d'illogique.

On pourra alléguer comme preuve de folie ce fait que je veuille donner une aussi grande publicité à un drame où ma honte s'étale au grand jour, et on trouvera peut-être surprenant que j'agissais ainsi. Eh bien! cela même je le fais exprès, je n'ai personne à ménager, et puisque les seuls êtres que ces faits atteindront le plus directement (les membres de ma famille) sont complices des forfaits commis ou sont aussi peu recommandables que ma femme elle-même, puisque l'enfant qui porte mon nom n'est pas de moi, je donne volontairement une publicité extraordinaire aux causes qui ont amené le drame qui se passera bientôt.

Ma belle-mère, Mme C..... ..., qui est partie à Nice parce qu'elle était au courant des relations de sa fille avec mon frère et parce qu'elle craignait d'être atteinte par quelque éclaboussure si un scandale se produisait, ma belle-mère est une veuve remariée : son premier mari est mort d'une affection de la moelle épinière et à Saint-Étienne où

elle habitait, tout le monde déclarait qu'elle avait *usé* son mari. C'est aussi une Messaline éhontée et bien qu'ayant dépassé la quarantaine, elle n'a pas encore renoncé aux plaisirs.

Ma belle-sœur, Mme D......, de Saint-Étienne, est veuve depuis deux ans, son mari est mort de paralysie générale et la rumeur publique accuse nettement sa femme de l'avoir *usé* ainsi par les excès, par les tracasseries de son caractère et aussi par tous les traits qu'elle lui a faits et qu'il n'a pu ignorer.

La seconde fille de Mme C........., celle qui est ma femme, a donc fait comme sa mère et comme sa sœur, elle va tuer son mari comme les deux autres ont tué le leur.

Que dites-vous de ce trio? N'est-ce pas que cela n'est pas banal, cette mère et ces deux filles dont les maris meurent épuisés, *démoellés*, *désencéphalisés* par les excès et surtout par les chagrins que leur cause l'inconduite de leur femme?

En même temps que je vous adresse ce récit, j'envoie à mes intimes une petite note indiquant mes intentions.

Je vous autorise à publier cette lettre en entier ou à y faire toutes les coupures que vous jugerez à propos.

Recevez, etc.

Dr Léon P.......,

Troubles de la vision.

On note de l'obscurcissement visuel, des troubles oculaires périphériques, portant sur la vision et l'accommodation tels que : la diplopie, l'amblyopie, de la chromatopsie (objets colorés en rouge ou en vert), de la micropsie (objets plus petits que nature).

Symptômes généraux.

On constate des troubles vasomoteurs de divers ordres. Il y a de l'accélération du pouls, des transpirations, des syncopes, de l'augmentation de la quantité des urines.

L'état général subit une déchéance rapide, l'amaigrissement déjà si marqué chez les morphinomanes, fait encore des progrès. Le teint est blafard, les yeux

creux, les chairs flasques. L'impuissance génésique est absolue.

Chaque injection est suivie d'agitation et souvent de diarrhée. La cocaïne n'excite pas le cerveau comme la morphine, elle invite plutôt au travail manuel qu'au travail intellectuel.

L'appétence pour les éléments solides disparaît et est remplacée par celle pour les sucreries.

Symptômes de l'abstinence.

Les symptômes d'abstinence sont beaucoup moins marqués que pour la morphine. Ce sont des palpitations, de la dyspnée, des syncopes. Mais rien n'approche du collapsus qu'on constate dans la suppression brusque de la morphine. Ce qu'il y a de curieux à noter, c'est que ces symptômes d'abstinence se manifestent même quand le malade continue à prendre de la morphine.

Outre ces symptômes, il y a une dépression générale de l'humeur et un affaiblissement considérable de la volonté. Les morphinomanes les plus endurcis ne présentent pas des phénomènes de larmes, gémissements, plaintes, un manque d'énergie, une démoralisation, un appétit intense d'excitants, semblables à ceux qu'on observe chez les morphino-cocaïnomanes. Cette démoralisation dure longtemps, et c'est là une des différences entre la morphinomanie et la cocaïnomanie. Chez les morphinomanes, l'annonce que la dernière injection a eu lieu et que le sevrage est complet produit presque toujours une impression de joie et une émotion des plus puissantes qui relèvent le moral et se traduit en chauds remerciements envers le médecin et les gardes, même quand le malade souffre encore. Le cocaïnomane ne présente rien de semblable, il n'éprouve aucune joie du succès du traitement et continue à demander de la cocaïne à cor et à cri. C'est

dans cette prostration démoralisatrice que se trouve le danger des rechutes (Erlenmeyer).

L'auteur des Confessions définit ainsi ses sensations d'abstinence :

« Tout ce qu'on raconte sur les sensations douloureuses que causerait l'abstinence sont des mensonges. Après deux jours de privation le besoin est relativement faible; en réalité vous ne sentez rien, mais les mille possibilités et occasions constituent le véritable danger. Le désir maniaque survient, il fascine l'organisme tout entier. Tout à coup la poitrine semble vissée et ne peut se dilater, les yeux sortent de la tête et si vous n'avez pas de cocaïne, vous vous tuerez peut-être sans le vouloir ou bien vous tuerez un de vos gardiens. »

Pronostic.

Le pronostic de la morphino-cocaïnomanie est généralement défavorable. Quand les malades réussissent à se sevrer de leurs deux poisons, il est bien rare qu'il n'y ait pas de rechute.

Dans ce cas, c'est toujours à la cocaïne qu'ils reviennent d'abord.

Dans ces conditions, ils finissent par arriver à un état de déchéance mentale qui en fait des êtres irresponsables, de véritables aliénés.

SATURNISME ET MORPHINOMANIE

On sera peut-être quelque peu étonné de trouver une coexistence entre ces deux intoxications.

Le saturnisme, en effet, n'est nullement une intoxication passionnelle et les malades qui en sont atteints sont toujours les premiers à désirer s'en défaire.

Cependant, il existe, dans la science, un fait

d'Abrahams très curieux où cette coexistence a été constatée et que nous allons reproduire en raison de sa rareté et de la façon bizarre dont la malade se morphinisait.

Mme K., quarante ans, mère de dix enfants, dont le dernier est venu mort-né, était souffrante depuis plusieurs années. Elle était pâle, maigre, se plaignant de douleurs névralgiques dans différents points du corps. Peu d'appétit. Fonctions intestinales irrégulières et fréquentes. Coliques intestinales.

Un jour, elle fut prise de crampes violentes dans l'abdomen et les jambes, de vomissements incessants et de diarrhée. Plusieurs médecins, appelés de suite, firent le diagnostic de choléra et instituèrent un traitement en conséquence. Le lendemain, comme l'état était le même, on vint me chercher et voici ce que je constatai...

Vomissements et diarrhée toutes les demi-heures, très abondants, ceux-là verts, celle-ci noire et fétide. Les extrémités froides, la face très pale, couverte d'une sueur visqueuse, les traits tirés. L'abdomen était dur, rétracté, très sensible autour de l'ombilic. La langue était chargée et humide. L'haleine était fétide. A ma grande surprise, je trouvai le pouls régulier, plein, et la température rectale au-dessous de la normale.

Cet état de collapsus apparent coïncidant avec un pouls et une température normaux, me parurent incompatibles avec une attaque de choléra. Je pensai qu'il s'agissait plutôt de phénomènes toxiques et en examinant les gencives, j'eus la satisfaction de constater la présence d'un liséré bleu.

Bien que je ne connussse pas encore la source du saturnisme, le diagnostic me paraissait établi.

J'interrogeai le mari qui me donna les renseignements suivants :

Il y a huit ans, sa femme alla consulter pour des hémorroïdes un médecin qui lui prescrivit « quelque chose ». La femme s'en trouva bien et le médicament lui plut tellement qu'elle continua à en prendre jusqu'à ce jour. Il ignorait absolument ce qu'était ce médicament; mais il avait remarqué que lorsque, pour une circonstance quelconque, elle ne pouvait s'en procurer, elle devenait d'une humeur exé-

crable. Mais, à l'aide de l'ordonnance primitive, elle put toujours s'en procurer. Avec le temps, elle devint sujette à des attaques de coliques qui cédaient en prenant une dose supplémentaire du médicament.

En me faisant ce récit, il attira mon attention sur une provision de ce « calmant » qui se trouvait sous l'oreiller de la malade. Cette panacée était sous forme de suppositoires contenant 2 centigrammes de morphine et 3 centigrammes d'acétate de plomb.

En présence du corps du délit le doute n'était plus permis.

Il est difficile d'estimer la quantité de plomb absorbée en huit ans, car la malade m'avouait que parfois les coliques étaient si vives et le besoin de soulagement si intense qu'elle remplissait le rectum de suppositoires jusqu'à ce qu'elle ne pût plus en faire pénétrer. Tandis qu'en l'absence de douleurs, elle usait des suppositoires simplement pour satisfaire son état de besoin morphinique. Et cependant elle ignorait ce que contenait le suppositoire, mais elle se rendait bien compte qu'elle ne pouvait s'en passer.

Cette observation présente un côté intéressant et amusant. Cette dame était l'objet du respect et de l'admiration de ses voisins, car elle passait pour soulager toutes les douleurs. C'est ainsi qu'elle fit un certain nombre de morphino-saturnins.

Au point de vue pathologique, il y a un fait frappant, c'est qu'une intoxication aussi prolongée n'ait pas entraîné des phénomènes paralytiques ou nerveux, qu'on constate généralement dans le saturnisme. Il est probable que la morphine a dû jouer, dans la circonstance, un certain rôle, peut-être en rendant les élément nerveux inaptes à être impressionnés par le plomb.

CHAPITRE IX

QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES RELATIVES A LA MORPHINOMANIE

Sommaire. — Dissimulation de la morphinomanie ; signes diagnostiques permettant de la reconnaître. — Responsabilité dans le cours du morphinisme. — Responsabilité dans l'abstinence. — Responsabilité dans l'état de demi-abstinence. — Capacité civile des morphinomanes. — Assurances sur la vie. — Responsabilité du pharmacien qui délivre de la morphine sans ordonnance.

DISSIMULATION DE LA MORPHINOMANIE SIGNES DIAGNOSTIQUES PERMETTANT DE LA RECONNAITRE

Dans certains cas, il peut y avoir intérêt à cacher l'existence de la morphinomanie. Mattison a rapporté deux cas médico-légaux, dans lesquels il eût été très important de faire le diagnostic.

Dans l'un il s'agit de la femme d'un médecin qui intenta à son mari une action en divorce, en alléguant qu'il était morphinomane. Celui-ci nia le fait et accusa en retour sa femme d'être une habituée de la morphine. Celle-ci nia, à son tour, et se soumit à l'examen de deux médecins qui démontrèrent de la façon la plus évidente que l'accusée n'était nullement morphi-

nomane. Les deux experts s'étaient trompés, car elle prenait de la morphine depuis six ans. La femme perdit néanmoins son procès, ce qui eut du reste un excellent résultat, car elle fit la paix avec son mari, après s'être débarrassée de la morphine.

Dans une autre affaire, un appelé Carlyle Harris, qui fut exécuté après avoir été accusé d'empoisonnement de sa femme par la morphine, offrit de fournir la preuve qu'elle était morphinomane et que sa mort pouvait avoir été causée par l'injection d'une dose trop forte qu'elle se serait faite elle-même. Le procureur refusa sous le prétexte que, si M[me] Harris avait été morphinomane, son mari l'aurait su.

Cette opinion est absolument fausse, car une femme peut être morphinomane pendant plusieurs années sans que son mari le sache, fût-il médecin.

Quels sont donc les moyens que l'on possède pour pouvoir établir qu'un individu est morphinomane?

S'il s'agit d'un cas ancien, on trouvera à la surface du corps des stigmates de piqûres ou des abcès qui rendront toute dénégation impossible. Dans ces cas, l'interrogatoire permettra toujours de reconnaître cette hyposthénie psychique des vieux habitués de la morphine, ainsi que les autres symptômes, dont nous avons fait l'énumération.

S'il s'agit au contraire d'une habitude ne datant que de quelques années, tous les signes précédents peuvent manquer.

Dans ce cas, il n'y a qu'un seul moyen c'est d'observer l'individu, sans le quitter, pendant plusieurs heures. S'il est morphinomane il lui sera impossible d'empêcher l'éclosion des signes de l'abstinence. On assistera inévitablement à l'apparition de tous les symptômes qui caractérisent l'état de besoin, et la démonstration sera faite.

On ne devra jamais se baser sur l'analyse des urines, qui peut donner des résultats inexacts.

DE LA RESPONSABILITÉ DANS LE COURS DU MORPHINISME

Les individus inculpés d'un crime ou d'un délit invoquent quelquefois l'habitude de se morphiniser, comme cause d'irresponsabilité; nous avons donc à envisager de quelle façon le médecin expert doit répondre à la justice quand la question de responsabilité lui a été posée.

Le morphinomane traverse, dans le cours de son intoxication, diverses périodes dans lesquelles ses facultés sont loin de présenter les mêmes modifications.

Ivresse morphinique. — L'ivresse morphinique est cette période courte qui suit immédiatement l'injection.

Dans un cas où le docteur Paul Garnier a été appelé à faire l'expertise, la femme H..., inculpée de vol, avait prétendu que s'étant fait coup sur coup dix injections de morphine, elle avait été prise de vertige avec besoin de voler.

Qu'y a-t-il de vrai, dans ce cas?

Nous avons étudié assez longuement cette période d'ivresse pour pouvoir trancher la question.

Nous avons vu qu'à ce moment, le morphinomane jouissait à l'extrême de toutes ses facultés, qu'il percevait tout avec une netteté remarquable, que les idées lui venaient avec facilité et, qu'en un mot, toutes les facultés intellectuelles étaient stimulées à leur maximum. Il serait donc bien difficile, dans ces circonstances, d'admettre l'irresponsabilité.

On serait presque tenté de dire qu'il y aurait une aggravation de responsabilité, puisque le morphinomane juge tout avec une lucidité plus grande.

Mais n'oublions pas que cette stimulation n'est en somme qu'un fait pathologique et il ne viendra à

l'esprit de personne de mettre à l'actif d'un inculpé un état créé de toutes pièces par la morphine.

Sans vouloir admettre que cet état constitue une circonstance aggravante, comme on le fait en Allemagne, nous conclurons toutefois qu'il entraîne une responsabilité entière.

Période d'intoxication chronique. — Dans le cours du morphinisme, l'état cérébral de l'individu subit des atteintes plus ou moins graves. Tout dépend de la durée de l'intoxication et de la dose plus ou moins élevée que s'injectait l'inculpé. Il faut donc, d'après ces données, savoir apprécier le degré de déchéance intellectuelle plus ou moins prononcé qui pourra exister. Il ne faut pas oublier que le morphinomane peut rester des années sans présenter de troubles appréciables.

L'attention portera sur les différentes facultés intellectuelles : mémoire, volonté, sens moral, etc., dont nous avons très longuement fait ressortir les modifications.

L'étude des troubles sensoriels jouera aussi un grand rôle.

Nous avons vu, en effet, que le morphinisme ne présentait pour ainsi dire jamais de phénomènes hallucinatoires et qu'on n'observait pas de délire ni d'impulsions dans ses différentes périodes.

Par conséquent, si l'on rencontre des symptômes psycho-sensoriels, l'on devra rechercher quel est l'élément surajouté au morphinisme qui pourra les avoir provoqués. Souvent ce sera une intoxication coexistante, surtout l'alcoolisme. Souvent aussi ils reconnaîtront pour point de départ, l'hystérie, l'épilepsie ou la dégénérescence héréditaire. On se rappellera surtout que, chez les dégénérés héréditaires, on constate des actes impulsifs conscients, sur lesquels M. Magnan a appelé l'attention.

Lorsque l'on aura fait ainsi l'étude complète portant à la fois sur le degré d'intoxication que présente l'in-

culpé et sur le terrain sur lequel a évolué le morphinisme, il sera facile d'arriver à poser des conclusions :

Quand le morphinisme est récent, et quand les doses peu élevées n'ont porté, pour ainsi dire, aucune atteinte à l'intelligence, la responsabilité est entière;

Quand le morphinisme date de plusieurs années, quand les doses se sont élevées progressivement, quand on a constaté la perte de la mémoire, du sens moral et de la volonté; quand il existe cet état d'obnubilation intellectuelle, cette hyposthénie psychique qui empêche l'individu de se rendre compte de la portée et de la gravité d'un acte qu'il accomplit, la responsabilité subsiste encore, mais atténuée;

Quand, se trouvant dans l'état ci-dessus, un individu commet un vol *pour se procurer de la morphine*, la responsabilité disparaît.

Dans toutes les circonstances l'existence d'une tare héréditaire intervient pour diminuer la force de résistance aux incitations instinctives et, par conséquent, pour diminuer la responsabilité.

Dans aucun cas, on ne devra admettre que le morphinisme puisse donner des impulsions au vol ou au meurtre, tant que l'individu est en pleine puissance d'intoxication, c'est-à-dire n'est pas sevré de son poison. Nous verrons qu'en cas d'abstinence, il en sera tout autrement.

Nous allons reproduire quelques extraits des rapports médico-légaux qui ont été fournis par les médecins experts dans des affaires délictueuses ou criminelles dans lesquelles la morphinomanie était mise en cause.

Nous y joindrons quelques cas de ce genre venant de l'étranger et non encore publiés en France pour la plupart.

Rapport de M. Brouardel sur un cas de morphinomanie avec vol à l'étalage (1878). — La question posée par la justice était :

« Le vol commis par la femme G... aux étalages des magasins du Louvre trouve-t-il son explication dans l'état mental de cette femme? Dans le cas où elle aurait subi une impulsion morbide, celle-ci appartient-elle à la kleptomanie des femmes enceintes ou à une déviation mentale analogue développée sous l'influence de la morphine? »

Pas d'antécédents nerveux.

Elle prend un gramme de morphine par jour.

CONCLUSIONS. 1° G... est atteinte de morphinisme chronique;

2° Elle n'est pas enceinte;

3° Le morphinisme, même dans la forme qui a reçu le nom de morphinomanie, n'a jamais donné lieu à des impulsions inconscientes et en particulier à la kleptomanie;

4° G... est donc responsable de l'acte qu'elle a commis. Cependant l'état d'hébétude intellectuelle dans lequel elle est plongée par le fait de son intoxication peut être pris en considération et doit être regardé comme atténuant partiellement cette responsabilité.

Rapport de M. Marandon de Montyel sur l'état mental de la femme Fiquet, accusée de la mort d'une petite fille. — La femme Fiquet, accusée de la mort criminelle de la jeune Hortense Barbey, reconnut que, la veille, au moment où les enfants sortaient de l'école, elle avait pris cette fille par la main et l'avait emmenée chez elle. Mais elle nia absolument qu'elle l'eût fait mourir et prétendit que par suite de l'usage abusif et invétéré de la morphine, il lui arrivait de ne pas avoir conscience de ce qu'elle faisait.

Elle affirma notamment qu'elle n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé dans la journée du crime.

Cette femme, mise en observation pendant quarante-sept jours, fit nombre de fois la preuve involontaire que cette amnésie était simulée. On lui fit raconter son

histoire entière, donner des détails précis sur son séjour à l'asile, sur ses actes à diverses époques de sa vie. Dans toutes ces conversations, elle fit preuve d'une excellente mémoire.

On admit, à son bénéfice, les circonstances atténuantes.

Observation de vol par un morphinomane. — Un facteur de Baltimore, qui avait longtemps fait son service avec probité, qui était ancien soldat, père de famille, volait depuis un certain temps les lettres chargées et fut découvert. Il fut arrêté et, devant le tribunal, on invoqua, comme circonstance atténuante, qu'il était morphinomane et qu'il n'avait commis son vol que par suite de la perversion morale produite par le morphinisme chronique. La cause occasionnelle avait été le manque d'argent dans lequel il se trouvait pour subvenir aux besoins de sa famille et acheter la quantité toujours croissante de morphine qui lui était nécessaire.

Il fut condamné à la prison.

Faux en écriture. — Le docteur Eskridge a été commis comme expert dans l'affaire suivante : Mme W..., vingt-quatre ans, d'une intelligence limitée, appartient à une famille d'alcooliques et de névropathes. Étant jeune fille, elle paraissait excentrique.

Elle se maria à seize ans et, à sa première grossesse, eut de la folie puerpérale pendant plusieurs mois. Peu de temps après sa guérison, elle eut des symptômes hystériques et manifesta des tendances kleptomaniaques. Quand elle entrait chez un épicier, elle emplissait ses poches d'articles de peu de valeur et dont la plupart lui étaient absolument inutiles. Parfois, elle faisait des commandes de marchandises en quantité considérable qu'elle faisait adresser à différentes personnes, en disant que celles-ci l'en avaient chargée. Son penchant au mensonge et au vol arriva au point que les marchands cessèrent d'ajouter foi à ses paroles. Au

bout de quelque temps elle commença à avoir des attaques d'hystérie de plusieurs heures de durée pendant lesquelles elle restait couchée dans un état de demi-conscience. C'est à cette époque qu'elle commença à employer la morphine.

Peu de temps après, elle fréquenta les réunions de l'Armée du Salut, dont les adeptes la considérèrent comme une prosélyte de premier ordre.

Un soir, à l'une de ces réunions, elle se leva et prononça ces paroles : « Il faut que je vous dise ce que le Seigneur a fait pour moi. La nuit dernière, j'étais couchée avec un employé de chemin de fer, ce soir je coucherai avec Jésus. » Un loustic lui posa cette question : « Êtes-vous retenue pour demain ? » A l'issue de la réunion, elle se tint à la porte de sortie défigurant tous les hommes qui passaient devant elle.

Enfin, voyant qu'il ne restait plus personne, elle s'adressa à un monsieur en lui demandant s'il connaissait celui qui l'avait interpellée en disant qu'elle désirait le voir et prendre rendez-vous avec lui.

Il a été impossible de savoir si elle avait fait des faux avant de venir habiter Denver. Quelques mois après avoir élu domicile en cette ville, elle signa dix-huit chèques faux, tous pour de faibles sommes. Ils étaient tous écrits de la même main, l'écriture était semblable à celle dont elle se servait habituellement, le nom du signataire était presque toujours le même et les chèques étaient livrés presque toujours en faveur de la même personne. Elle procédait habituellement de la façon suivante : elle entrait dans une boutique, commandait une petite quantité de marchandises et s'en faisait envoyer la facture à une adresse déterminée et là elle donnait en paiement son chèque de 50 à 75 francs. Comme ses acquisitions ne dépassaient pas 10 à 15 francs, elle bénéficiait d'environ 40 à 50 francs par chèque.

Quand on l'arrêta et qu'on l'emprisonna elle était

sous l'influence de la morphine et probablement du whisky. Elle affirma qu'elle en prenait habituellement 50 centigrammes à 1 gramme tous les jours. On réduisit la dose à 10 centigrammes et au bout d'un mois on la supprima. Elle reprit très vite alors de l'embonpoint.

Lorsqu'elle fut traduite devant les tribunaux pour répondre de ses faux, on commit le Dr Eskridge pour examiner son état mental. Il ne constata aucune trace de maladie organique du système nerveux. Physiquement elle paraissait être en excellent état, bien qu'elle prétendît ne pas sentir la piqûre d'une aiguille dans certaines zones. En répétant ces examens relativement à la sensibilité, on trouva que ces zones variaient de siège et d'étendue, ce qui fit conclure qu'elle simulait l'anesthésie et l'analgésie.

Elle paraissait peu soucieuse de dire la vérité, mais observait une très grande prudence dans les réponses qu'elle faisait quand on la questionnait sur ses faux, de peur de se contredire. Elle prétendait ne connaître l'existence d'aucun de ces chèques, excepté d'un seul, et ne pas se souvenir d'avoir obtenu, grâce à eux, de l'argent et des marchandises.

Quand on lui demandait pourquoi elle s'était fait livrer les marchandises à une fausse adresse, elle répondait que le marchand n'avait pas besoin de savoir où elle habitait. On lui fit écrire son nom et on lui montra l'identité de son écriture avec celle des chèques; elle en devint confuse, mais continua à affirmer que ceux-ci lui avaient été donnés par un ami qui les avait écrits.

En la questionnant sur l'emploi de son temps, le jour où les chèques avaient été livrés à la circulation, on constatait qu'elle se souvenait des moindres détails excepté de ceux relatifs à ces chèques.

Le Dr Lauthlin et le Dr Eskridge conclurent qu'elle simulait, qu'elle connaissait tout ce qui concernait les chèques et qu'elle en tirait de l'argent.

Ils conclurent en outre qu'elle était moralement débile. Avant que l'affaire fût appelée au tribunal, elle fut reconnue comme folle, à la prison.

Devant le juge d'instruction, le Dr Eskridge déclara qu'elle était criminelle par le fait de sa débilité morale due à ses antécédents héréditaires, qu'elle était impuissante à réprimer ses impulsions, qu'elle était incurable, vivrait et mourrait criminelle.

Le point qui nous intéresse dans cette affaire, c'est de chercher quel est le rôle du morphinisme.

Dans la circonstance, il a évidemment joué un rôle effacé. L'accusée avait des antécédents héréditaires très chargés et elle était elle-même hystérique et alcoolique. C'était plus qu'il n'en fallait pour en faire une déséquilibrée. Le morphinisme venant s'ajouter à toutes ces tares n'a pu que les accentuer encore. Il est évident que les faux commis par cette femme n'ont aucun rapport direct avec l'intoxication morphinique et qu'il est fort probable qu'ils auraient été commis, même si cette jeune femme n'avait pas été morphinomane. Cette action criminelle doit rentrer dans la catégorie des impulsions des dégénérés sur lesquelles M. Magnan a si justement appelé l'attention.

Homicide par empoisonnement. — Le Dr Lamson était un médecin d'origine américaine, qui exerçait la médecine en Angleterre. Il soignait son cousin Percy John et pour le guérir de ses névralgies lui administra une dose d'aconitine qui l'empoisonna.

L'autopsie démontra que la cause de la mort était bien due à l'aconitine. Lamson étant, par sa femme, l'héritier direct de son cousin, fut accusé de l'avoir empoisonné pour réaliser son héritage. Ce médecin, se trouvant à Paris, apprit l'accusation dont il était l'objet. Il revint immédiatement se mettre à la disposition de la justice. Il fut jugé, condamné à mort et exécuté.

A première vue, cela paraît être un crime banal. Mais si l'on étudie d'un peu plus près les antécédents

de Lamson, on y trouvera au contraire bien des points intéressants.

Lamson était fils et petit-fils d'aliénés et l'on trouve dans un certificat du Dr Swinburne, que déjà en 1870 et 1871 il présentait des signes de folie. En 1877, il commença à faire usage de morphine. Pendant la guerre russo-turque il était à la tête d'une ambulance de la Croix-Rouge de Londres.

Il avait alors la « manie » d'administrer de l'aconitine aux malades. Malgré les avis des autres médecins qui lui représentaient le danger qu'il faisait courir aux patients il appliquait ce médicament dans tous les cas.

Aussi ses collègues le considéraient-ils déjà comme ayant les facultés cérébrales atteintes; et ils le chargèrent dorénavant des convalescents. En 1879, il alla résider à Bournemouth où un jour, sans motif, il ouvrit sa fenêtre et tira un coup de pistolet dans la rue. Il lui fut impossible ensuite de dire à quel mobile il avait obéi. En 1882, il prenait une telle quantité de morphine qu'il était dans un état de somnolence continuelle, au point que lorsqu'il s'asseyait dans un salon, il s'endormait aussitôt et ne se réveillait qu'au bout de plusieurs heures. Il avait même perdu toute espèce de retenue et se faisait des piqûres devant tout le monde en plein salon. En un mot, tous ceux qui l'approchaient le considéraient comme aliéné.

Sa conduite après le crime est également celle d'un fou. Après avoir administré le poison à son cousin devant plusieurs personnes, il s'enfuit à Paris, puis apprenant qu'on le recherchait, il vient se livrer lui-même.

Une fois en prison et privé de morphine, il fit l'aveu de son crime et déclara, par écrit, que sous l'influence de la morphine, il avait vécu dans un véritable état de rêve et qu'il ne s'était nullement rendu compte de la gravité de son acte ni de ses conséquences.

Nous avons donc à examiner quelle part il faut attri-

buer au morphinisme chronique dans la perpétration et l'exécution de ce crime.

Le morphinisme peut-il amener cet état de rêve argué par Lamson comme excuse de son crime?

En étudiant la symptomatologie du morphinisme chronique, nous avons longuement décrit l'état mental qui pouvait être développé par cette intoxication.

Nous avons vu que celui-ci se caractérisait par une perte complète du sens moral et par une atténuation telle des facultés intellectuelles que celle-ci pouvait arriver à la démence.

Quant à l'état de rêve, dont il est question, on l'observe aussi parfois dans les empoisonnements chroniques. Kane l'a vu deux fois chez des morphinomanes, Christison une fois dans l'intoxication par la belladone et Crothers souvent dans l'alcoolisme.

Il aurait été intéressant, dans ces cas, de savoir si les malades avaient ou non des antécédents névropathiques.

En analysant l'existence de l'accusé, on arrivera très facilement à faire le bilan de sa responsabilité.

En effet :

Comme homme, il a à son passif deux générations d'aliénés qui l'ont précédé et durant toute sa vie il a commis une foule d'actions considérées comme celles d'un insensé. Plus de dix médecins ont envoyé des certificats, constatant que dans toutes les circonstances où chacun d'eux l'avait rencontré, il s'était conduit de façon à être considéré comme fou.

Comme médecin, il se livre à de telles fantaisies thérapeutiques qu'on est obligé de lui retirer le service d'hôpital à la tête duquel il était pour lui donner un service de convalescents où il n'y avait jamais de prescriptions médicales à faire.

Comme morphinomane il est arrivé à la dernière période tant en raison de la durée de l'intoxication que des doses excessives qu'il s'injectait.

Comme criminel, il se conduit avec une absurdité telle qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas frappé le tribunal et qu'elle ne lui ait pas fait voir qu'il avait devant lui un inconscient.

Ainsi voilà un individu qui se promène à travers la vie comme un véritable aliéné, c'est-à-dire comme témoignant d'une profonde atteinte portée à ses facultés intellectuelles et qui abaisse encore son niveau cérébral en se livrant à l'abus de la morphine, et qu'on déclare responsable de ses actes.

On le condamne à mort et il ne se trouve personne pour le faire gracier et interner dans un asile. Je crois que si sa bonne étoile l'eût fait juger en France, il eût trouvé des experts éclairés qui auraient fait ressortir l'irresponsabilité tout au moins partielle de ce malheureux.

Quant à préciser le rôle du morphinisme dans la circonstance, on peut dire qu'il s'est borné à créer cet état d'obnubilation intellectuelle qui masque la gravité d'un acte tout en laissant subsister dans le cerveau la faculté de le concevoir et de l'exécuter, et, qu'évoluant sur un terrain héréditaire aussi chargé que celui de Lamson, il créait pour celui-ci un état d'irresponsalité au moins partielle, lequel devait le faire interner dans une maison d'aliénés. La justice en a décidé autrement et le malheureux aliéné a payé de sa tête les écarts de son cerveau.

DE LA RESPONSABILITÉ DANS L'ABSTINENCE MORPHINIQUE

Dans l'état d'abstinence, le morphinomane est complètement transformé. Ce n'est plus un être faible, sans volonté, c'est un véritable aliéné, c'est un délirant, c'est un maniaque. Par conséquent, on peut dire dès maintenant que c'est un irresponsable.

Rappelons-nous cet avocat, dont nous avons rap-

porté l'histoire, qui, se trouvant à bord d'un bateau et étant privé de morphine, s'introduit pendant la nuit dans la pharmacie du bord, force l'armoire et vole de la morphine.

Dans cet état, le morphinomane a des impulsions de toute nature. Il tuerait celui qui l'empêcherait de prendre de la morphine. Il briserait tout. Le vol, la prostitution, rien ne l'arrête, quand il s'agit de se procurer le poison.

Aussi n'est-il pas nécessaire d'insister davantage pour montrer que, dans ces conditions, l'individu est irresponsable.

On comprend donc combien il peut être important pour un inculpé d'invoquer l'irrésistibilité du besoin de morphine pour excuser l'acte délictueux qu'il a commis et combien les inculpés peuvent être portés à simuler les symptômes d'abstinence pour bénéficier de l'irresponsabilité qu'elle entraîne.

Dans un cas d'Obersteiner, un jeune voleur fut pris en flagrant délit, dans une foule, au moment où il explorait les poches de deux dames. Il mit son action sur le compte du morphinisme et disait que la morphine « lui congestionnait tellement les vaisseaux du cerveau que ses idées étaient troublées ».

Il offrit de prendre un gramme de morphine en une fois pour montrer qu'il pouvait la supporter.

Dans le cours de l'instruction, il ne put simuler les phénomènes d'abstinence, dont l'absence démontra la simulation de l'individu.

Il est, en effet, extrêmement facile de déjouer toute tentative de simulation. Il suffit d'observer l'inculpé d'une façon permanente pendant plusieurs heures. Même en admettant qu'ayant déjà éprouvé les symptômes d'abstinence, il en connaisse bien le mode de développement, il pourra, à la rigueur, simuler plus ou moins fidèlement les bâillements prémonitoires, le délire maniaque, il pourra proférer des cris, des

menaces, mais il y aura toujours un symptôme qui manquera : ce sera la diarrhée qu'on observe toujours comme un phénomène d'élimination du poison.

L'analyse des urines est infidèle, elle peut très bien ne pas déceler la morphine, quoique l'individu soit notoirement morphinomane.

Il est donc essentiel, pour l'expert, de bien rechercher l'époque à laquelle l'inculpé a fait sa dernière piqûre avant de commettre son délit.

Mais nous savons que ces périodes diffèrent selon la durée de l'intoxication et qu'au début du morphinisme, par exemple, il peut s'écouler huit, dix et douze heures entre deux piqûres sans que le besoin se fasse sentir. Aussi est-il impossible d'établir une règle à cet égard.

Cependant, ce n'est jamais au début d'une intoxication qu'un prévenu chercherait à simuler.

Pour cela, il faut déjà qu'il soit un vieux routier qui aura traversé, à différentes reprises, les phases terribles de l'abstinence. Aussi on peut être à peu près certain qu'en le tenant en observation pendant trois ou quatre heures, on devra être fixé sur l'existence de son morphinisme. Le sphygmographe renseignerait également, à cet égard, en nous montrant le tracé de l'abstinence qui est si caractéristique.

Mais il faudrait cependant se méfier, car certains individus savent retenir leur respiration de façon à rendre le pouls très petit. Toutefois, cette manœuvre serait vite déjouée en laissant l'instrument appliqué pendant dix minutes ou davantage, jusqu'à ce qu'on se soit aperçu que le nombre des respirations a repris son cours normal.

DE LA RESPONSABILITÉ DANS L'ÉTAT DE DEMI-ABSTINENCE

On désigne ainsi cet état dans lequel se trouve le morphinomane qui voit ses ressources pécuniaires dis-

paraître et avec elles tout espoir de se procurer la provision quotidienne de morphine. Il connaît toutes les souffrances qui l'attendent lorsque ce jour fatal sera arrivé et toutes ses forces intellectuelles sont concentrées vers cette pensée unique : trouver le moyen d'avoir de la morphine! En présence de la situation terrible qui l'attend, toutes les considérations d'honneur et de morale disparaissent. Il est obsédé par l'idée qu'il lui faut de l'argent et dût-il le voler, il s'en procurera. Il existe donc un état mental particulier où la notion du bien et du mal n'existe plus, et où, par conséquent, la responsabilité ne doit plus être considérée comme entière.

C'est généralement dans cet état que se commettent les délits, surtout les vols, et ces individus ont tellement peu de conscience de la gravité de leurs actes délictueux que l'avocat dont Marandon de Montyel a publié l'observation, considérait comme une gaminerie le fait de s'être introduit, pendant la nuit, dans la pharmacie du bateau sur lequel il se trouvait et d'en avoir forcé la serrure pour y voler de la morphine.

Nous pouvons donc conclure que lorsque le vol aura été commis dans le but de se procurer de l'argent pour acheter de la morphine, l'individu doit être déclaré irresponsable.

A plus forte raison quand c'est la morphine en nature qui a été dérobée.

Pour bien faire voir dans quel état d'angoisse se trouvent les morphinomanes arrivés au moment où ils entrevoient que leur provision va être épuisée, nous allons rapporter un court extrait du si remarquable *Rapport de M. Motet, relatif à un vol à l'étalage commis par une morphinomane.*

La situation était devenue pour elle tout à coup difficile. Le pharmacien auquel elle devait 1600 francs ne voulut plus lui donner de morphine : un acompte de 200 francs ne le satisfit pas; il écrivit une lettre que

reçut Mme Y. — et qui la terrifia. « Il ne me restait plus, dit-elle, que quelques paquets. Le pharmacien me refusait crédit, je ne savais plus comment j'allais pouvoir me procurer de la morphine.

« Je n'osais pas avouer tout à mon mari, j'avais emprunté déjà à une amie, pour donner un acompte.

« Je reçus une seconde lettre plus pressante encore, me disant que si, dans trois jours, je n'avais pas payé, mon mari serait prévenu.

« A partir de ce moment, je n'ai pas vécu, je n'avais plus la tête à moi, je ne pouvais supporter ni les bruits des pas dans l'escalier, ni le bavardage de mes enfants; j'étais d'autant plus malade que je me voyais obligée de diminuer les doses de morphine; j'avais des troubles de la vue, les objets grossissaient énormément et dansaient devant moi, j'étais comme étourdie et j'avais de terribles impatiences; j'adore mes enfants, je ne pouvais plus les souffrir près de moi, je les ai frappés. Enfin, je n'eus plus qu'une idée, me procurer de l'argent.

« Je ne m'étais arrêtée à aucun moyen, je ne savais pas ce que je ferais, une chose plutôt qu'une autre. La fatalité a voulu que, ayant besoin de doublure pour un vêtement, j'entre aux magasins de la Ville Saint-Denis.

« Je ne devais même pas passer par là, pour aller chercher mes petites filles à leur pension.

« C'est en achetant ce dont j'avais besoin, que l'idée m'est venue d'emporter le paquet sans le payer.

« Je n'ai pas pensé, sur le moment, aux conséquences de ce que je faisais. Je ne voyais que la possibilité d'avoir avec cela de l'argent pour acheter de la morphine. Quand je suis rentrée chez moi, j'étais morte de honte; j'aurais dû prévenir mon mari, il aurait reporté le paquet, je n'ai pas osé.

« Cinq ou six jours après, vivant dans cette inquiétude continuelle de me voir privée de morphine, j'ai, sans

plus réfléchir qu'on pût me reconnaître, rapporté une partie des objets que j'avais pris aux magasins de la Ville Saint-Denis; j'ai demandé qu'on me remboursât la valeur; on m'a arrêtée, conduite chez le commissaire de police. J'ai passé au poste une nuit horrible, anéantie, morte, n'ayant plus d'idées. Une second nuit comme celle-là, j'aimerais mieux mourir. »

Rapport de Lunier sur un cas de morphinomanie avec vol dans un magasin. — La fille D..., âgée de trente et un ans, lingère, n'a pas d'antécédents héréditaires.

Elle a eu quelques accidents nerveux mal déterminés qui n'ont pas reparu. A la suite de douleurs cholériformes pour lesquelles on lui avait donné du laudanum à haute dose, elle était arrivée à en prendre 45 grammes par jour. Le besoin en était si impérieux qu'elle était arrivée à vendre tout ce qu'elle avait chez elle pour pouvoir s'en procurer et qu'elle dépensait 1000 à 1200 francs par an pour satisfaire sa passion.

Le docteur Danyon, qui l'a observée, a constaté qu'elle était arrivée à un véritable état d'abrutissement et qu'il y avait chez elle une aberration complète des facultés mentales et morales.

Dans le magasin où elle était, elle vola des dentelles qu'elle vendit 140 francs et elle ne songea qu'à une chose, acheter du laudanum.

Laissée en liberté, elle était arrivée à presque cesser l'usage du poison. Aussi lorsque le docteur Lunier la vit, il ne constata plus aucune trace de dérangement intellectuel, mais une absence complète de sens moral.

Interrogée sur les motifs qui l'avaient déterminée à commettre le vol de dentelles et l'emploi qu'elle avait fait de l'argent provenant du produit du vol, elle se contenta de dire qu'on la payait mal, qu'elle ne pouvait se procurer du laudanum et d'ailleurs qu'elle

espérait qu'on ne s'apercevrait pas de la disparition des dentelles.

Elle se rendait bien compte qu'elle avait commis un acte coupable, mais elle ne comprenait pas qu'on fît de cela une affaire; sa mère rendra l'argent et tout sera dit.

M. Lunier déposa les conclusions suivantes :

1° La fille D... est atteinte depuis six ans d'entraînement irrésistible à boire du laudanum ou autre préparation opiacée;

2° Cette passion déplorable a pris, à certaines époques, le caractère d'une véritable monomanie;

3° Les énormes doses d'opium absorbées avaient déterminé chez D... une altération passagère des facultés intellectuelles et une lésion permanente du sens moral;

4° Qu'il n'y a pas lieu actuellement de considérer la fille D... comme atteinte d'aliénation mentale dans le sens qu'on attache habituellement à ce mot, mais qu'il est au moins probable qu'elle ne jouissait pas de son libre arbitre lorsqu'elle a commis l'acte qu'on lui a imputé;

5° Qu'en tous cas, si elle devait être déclarée responsable, il y aurait lieu d'admettre en sa faveur les circonstances atténuantes.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue.

On peut donc conclure qu'un individu se trouvant en état de demi-abstinence doit être considéré comme ne jouissant que d'une responsabilité limitée et même dans certains cas d'une irresponsabilité complète.

CAPACITÉ CIVILE DES MORPHINOMANES

On entend par capacité civile la faculté que possède un individu de pouvoir gérer ses biens, acheter,

vendre, donner, ester en justice, hériter, se marier tester, etc.

En France il n'existe aucune disposition légale qui disqualifie le morphinomane.

Il n'en est pas de même en Amérique.

La législature du Kentucky reconnaît qu'un individu qui fait un usage des narcotiques peut être déclaré incapable de se diriger lui-même et d'administrer ses biens. La loi autorise même qu'on lui retire tout droit sur ses propriétés et qu'on le place dans un asile jusqu'à ce qu'il ait repris la plénitude de ses facultés. Il n'est pas besoin pour cela du certificat de deux médecins comme cela est nécessaire dans le cas de folie, mais simplement du serment de deux citoyens.

A vrai dire, c'est aller un peu loin et il est assez étrange de constater qu'en Europe on a plus de respect pour la liberté individuelle qu'aux États-Unis.

Dans ces questions fort délicates, tout dépend de l'état mental de l'intoxiqué. Il est évident que si l'individu est arrivé à la démence, l'interdiction s'impose. Mais dans toute autre période, il n'en est plus ainsi. Rappelons-nous que le morphinisme est loin de toucher les individus de la même façon et que, s'il y en a qui sont rapidement sidérés, en revanche on en voit d'autres qui résistent admirablement pendant des années.

Il faut reconnaître aussi que lorsque les fonctions intellectuelles sont atteintes, l'individu peut se trouver livré à toutes les influences étrangères possibles, par le fait de son absence de volonté et de jugement.

C'est en somme un véritable mineur. Dans cet état le morphinomane pourra parfaitement donner sa fortune au domestique qui lui assurera sa provision régulière de morphine.

On objectera que chacun est libre de se morphiniser, de s'alcooliser et de disposer de sa fortune comme bon lui semble.

C'est, en effet, le droit de chacun, mais pour l'exercer, il faut avoir un cerveau qui sache apprécier d'une façon exacte la portée de l'acte qu'il accomplit. S'il est démontré que l'intoxication morphinique de l'individu l'a mis dans un état d'infériorité cérébrale telle qu'il a perdu tout sens moral et qu'il est rendu incapable de résister aux sollicitations de personnes étrangères, il est certain qu'il ne faut plus le considérer comme doué de son libre arbitre.

Il faut le protéger au même titre que la loi protège la fortune des fils prodigues en leur imposant le conseil judiciaire.

On peut dire, d'une façon générale, que la morphinomanie en elle-même ne constitue pas un état qui doive priver l'individu de sa capacité civile.

Lorsque la question se pose devant les tribunaux l'expert doit examiner uniquement quel est l'état des fonctions intellectuelles de l'individu et ne conclure à l'incapacité civile que si leur intégrité est sérieusement atténuée.

Il n'existe pas, en France, dans les annales judiciaires de cas où la morphinomanie ait été invoquée pour faire annuler un testament. Nous n'avons trouvé, dans la littérature médicale, qu'une seule affaire de ce genre qui a été plaidée récemment aux États-Unis.

Le Dr Crothers en a fait une étude très complète que nous allons traduire *in extenso*. Il est regrettable que cet auteur n'ait pas reproduit la copie même du testament dont la validité a été contestée. C'eût été pour nous un document tout à fait important qui nous eût permis d'éclairer notre jugement dans une affaire aussi délicate. Aussi, ne pouvant exprimer une opinion personnelle sur le cas en question, nous bornerons-nous à exposer les considérations de M. Crothers.

Affaire Pond.
Annulation du testament d'un morphinomane par le jury de Hartford (Connecticutt).

M. Pond, un homme d'affaires des plus importants de Hartford (Connecticutt), légua à cette ville un vaste terrain destiné à être transformé en parc. La valeur de ce terrain était environ de 500 000 francs. La validité du testament fut attaquée en se basant sur l'incapacité du testateur laquelle était causée par un usage abusif de la morphine, de l'alcool et du chloral.

On nomma des experts, puis naturellement des contre-experts. Le procès dura cinq semaines et se termina par un jugement annulant le testament. La partie condamnée fit appel et le résultat de cet appel n'est pas encore connu.

Nous allons donc passer en revue les différents faits de ce procès qui peuvent être intéressants.

Pour les deux parties, il y avait un fait hors de conteste, c'est que, dix à quinze ans avant sa mort, Pond faisait un abus de morphine et d'alcool et que cet usage excessif l'avait obligé de quitter les affaires actives et avait amené des modifications très marquées dans sa conduite et dans son caractère.

La question se posait donc ainsi : l'abus de la morphine et de l'alcool a-t-il pu produire chez le testateur un état d'aliénation véritable? Elle ne peut être tranchée qu'en étudiant d'une part la quantité des poisons qui était ingérée et d'autre part l'influence que ceux-ci ont pu avoir sur sa conduite. Pour le premier point, il est incontestable que la quantité de morphine et d'alcool ingérée était parfois excessive, mais on n'était pas d'accord sur la dose exacte de ces poisons et sur la fréquence de leur ingestion. La divergence des opinions était encore plus marquée en ce qui concernait l'appréciation des effets de ces poisons sur les facultés intellectuelles de l'individu et sur sa conduite.

Les médecins experts soutenaient deux opinions différentes. L'une c'est qu'il était impossible de conserver l'intégrité de ses facultés lorsqu'on faisait usage de morphine et d'alcool aux doses indiquées par les témoins. L'autre, c'est que le facteur invoqué ne pouvait pas être cause d'aliénation à un degré quelconque.

Le point réel du débat consistait donc à établir quel était l'état d'intégrité cérébrale de Pond et par suite quelle était sa capacité à écrire ou à dicter un testament à une époque déterminée de sa vie.

Les avocats des deux parties cherchèrent naturellement à accumuler des faits pour établir les uns que Pond était fou, les autres qu'il ne l'était pas. Les arguments fournis par eux n'ont aucune importance. Aussi nous contenterons-nous d'étudier certains faits qui ne sont pas encore très bien élucidés.

L'alcool est un paralysant et un anesthésique qui exerce sur l'organisme une action chimique et physiologique très nette. Au point de vue chimique, il amène le développement d'une ptomaïne et crée un terrain excellent pour son développement. Au point de vue physiologique, il absorbe l'eau des tissus, attaque et paralyse les centres nerveux ainsi que les cellules et les fibres nerveuses. Au bout d'un certain temps qu'on a fait usage de l'alcool, il s'établit une tolérance particulière.

Ainsi cent grammes d'alcool ne produisent nullement un effet double de celui que produiraient cinquante grammes. Mais les ptomaïnes, développées sous l'influence de l'alcool, peuvent tout d'un coup concentrer leur action et produire de la stupeur, du coma, une congestion pulmonaire aiguë et la mort. Le fait que l'on peut ingérer chaque jour un demi-litre ou un litre d'alcool sans avoir ni stupeur, ni coma, prouve bien la tolérance qui s'est établie chez l'individu ainsi que l'activité qui existe dans les émonctoires tels que

le rein, la peau, le poumon pour débarrasser l'organisme du poison.

Le cerveau est anesthésié, c'est-à-dire que son activité est diminuée et réduite à son minimum. Sa sensibilité est troublée dans ses diverses modalités.

Tout individu qui prend des boissons en excès ne peut fabriquer une idée nouvelle ou prendre une initiative quelconque. Il lui est impossible de matérialiser les impressions qu'il perçoit ou les influences auxquelles il est soumis, si ce n'est au moment même où il les perçoit. Très peu de temps après, elles s'évanouissent. Tout individu qui est sous l'influence de l'alcool ne pourra jamais être poussé à commettre un crime, le lendemain du jour où on lui suggère de le commettre. Il ne pourra pas plus écrire un testament ou signer un acte quelconque sous la suggestion d'une autre personne à moins que ce ne soit au moment même où on lui en suggère l'idée. Le cerveau d'un alcoolique perd d'une façon absolue la faculté de retenir une conception mentale. Les testaments écrits ou les actes accomplis par un alcoolique dénotent toujours l'état mental de l'individu.

Si les actes ont été conçus à une période antérieure, lorsque le cerveau n'avait pas encore été impressionné par l'alcool et si la conception de ces actes s'était reproduite dans l'esprit à diverses reprises, elle aurait pu créer dans l'esprit une conviction bien ferme que l'action de l'alcool serait impuissante ensuite à détruire. On a vu des individus notoirement aliénés qui, à certains égards, manifestaient une grande sagesse et un grand jugement dans leurs paroles et leurs actions, ce qui démontrait clairement que ces conceptions intellectuelles avaient été faites antérieurement à leur état de folie.

Le testament de M. Pond n'était pas une production d'un cerveau malade, ni celle d'une conception délirante; il n'avait pas non plus été fait sous l'influence

de l'entourage. L'idée en avait été conçue dans son cerveau bien avant qu'il ait fait usage de morphine et d'alcool.

Un des effets de la morphine est de diminuer considérablement l'influx nerveux. Cette diminution peut être assez marquée pour déterminer une narcose générale qui peut arrêter complètement la force nerveuse au point d'amener la mort.

De même que pour l'alcool l'usage de la morphine amène une certaine tolérance. C'est ainsi que l'action produite par 50 centigrammes de morphine n'est nullement le double de celle produite par 25 centigrammes. L'emploi quotidien de doses élevées de morphine n'est nullement suivi des effets physiologiques en rapport avec ces doses.

Au delà d'un certain point de saturation chimique, la morphine devient complètement inerte. On ignore absolument quelles sont les conditions physiologiques et pathologiques qui existent dans ces cas. Cependant les doses élevées de morphine développent dans l'organisme un effort manifeste d'élimination par la peau, le rein et le poumon.

Lorsque le morphinomane prend de l'alcool en même temps que de la morphine le degré de tolérance est encore accru. Lorsqu'un individu prend chaque jour un litre d'alcool et un gramme de morphine il se fait dans l'organisme un composé chimique dont on ne peut prévoir les effets. L'action anesthésique devient double en même temps qu'il se forme une association de toxines et de ptomaïnes dont on ne peut prévoir les effets.

Dans le cas de Pond, l'usage simultané de l'alcool et de la morphine à haute dose n'implique nullement un degré plus accentué de folie, mais seulement plus de déséquilibre et, dans ses actes, un caractère impulsif plus marqué. Évidemment il existait pour lui une impossibilité complète de concevoir des projets nou-

veaux ou de suivre une ligne de conduite nouvelle. Mais les idées formées auparavant dans son cerveau n'étaient nullement détruites, de même que les projets qu'il avait formés autrefois subsistaient toujours dans son esprit. Son jugement et sa conduite pouvaient très bien ne pas concorder pour certaines choses spéciales, mais il avait toujours de la tendance à revenir au langage qu'il tenait autrefois et à la conduite qu'il avait adoptée. Les idées primitives sur toutes les questions relatives à sa vie personnelle, à sa fortune, à sa famille, continueraient à subsister avec de très légères modifications.

Les effets de la morphine et de l'alcool atteignent surtout les facultés cérébrales d'un ordre élevé. Les centres cérébraux qui sont le siège des sentiments moraux relatifs au caractère, aux idées de droit, de devoir, de même que les centres sensoriels sont atteints d'une sorte d'affaiblissement et d'anesthésie.

Le testament de Pond ne présentait dans ses dispositions aucune trace de dégénérescence physique de la part du testateur. Il avait certainement été élaboré par un cerveau non désorganisé, comme on aurait pu le préjuger d'après les habitudes de morphinomanie et d'alcoolisme dont était atteint son auteur. Du reste il n'est nullement prouvé que Pond faisait usage de morphine et d'alcool à l'époque où le testament fut rédigé et il est incontestable que l'idée de ce dernier avait pris naissance dans son esprit depuis très longtemps.

Si l'on examine le cas de Pond d'une façon impartiale, il est évident qu'on doit le considérer comme rentrant dans l'aliénation. Mais d'autre part la rédaction de son testament et les dispositions qu'il contenait présentaient certainement le caractère judicieux que l'on trouve dans tout ce qui est élaboré par un cerveau sain. Il n'y avait absolument rien d'insensé, il disposait de sa fortune de la façon la plus naturelle et comme

aurait pu le faire tout individu jouissant de son bon sens.

Mais à côté de cet acte très rationnel on constatait dans la conduite du testateur une foule d'autres actes absolument insensés. Il y a là évidemment matière à discussion et toutes les théories peuvent se produire pour expliquer ces faits en apparence contradictoires. Mais au point de vue médical il y avait là un fait bien acquis et facile à vérifier et le jury n'aurait pas dû annuler le testament.

ASSURANCES SUR LA VIE

Les compagnies d'assurances ont grand soin de s'informer si l'individu qu'elles assurent est glycosurique, albuminurique, tuberculeux ou atteint d'un état morbide pouvant entraîner la mort. Elles n'ont pas jusqu'à présent jugé convenable de savoir si l'assuré était morphinomane. Jusqu'à présent, en France du moins, aucune compagnie n'a argué de l'état de morphinomanie pour refuser de payer la prime.

Une affaire de ce genre a été plaidée en Angleterre.

Le comte de Mars, s'étant assuré pour une somme assez forte, mourut peu de temps après. La Compagnie d'assurances ayant eu la preuve qu'il était opiophage refusa de payer le montant de la prime à ses héritiers, en alléguant que l'usage habituel du poison avait abrégé la durée habituelle de la vie.

Elle perdit son procès et fut condamnée à payer.

Le témoignage qui entraîna la conviction du tribunal fut celui de sir Robert Christison, qui affirma que, dans la majorité des cas, l'usage de l'opium n'abrégeait pas la vie.

Cette conclusion n'est pas toujours juste; car il est bien certain que la morphinomanie, en diminuant la

résistance de l'organisme, rend le malade plus vulnérable aux maladies aiguës, dont elle augmente la gravité puisque nous avons vu que la pneumonie, par exemple, avait, dans ce cas, une grande tendance à se terminer par la gangrène. Mais si l'on invoquait cet argument, il faudrait également s'enquérir si l'assuré ne buvait pas son petit verre après chaque repas, et dans ce cas, arguer également de l'alcoolisme comme cause de suicide lent ou comme cause d'aggravation des maladies. Une fois engagé dans cette voie, il n'y aurait plus de raison pour s'arrêter.

Erlenmeyer, Pichon admettent que dans le cas de morphinomanie d'origine passionnelle l'assurance n'est plus valable et qu'il faut traiter les assurés comme les alcooliques et les suicidés. Dans le cas, au contraire, où la morphinomanie aurait eu une origine thérapeutique, l'assurance serait valable.

Ces deux médecins, fort distingués d'ailleurs, me paraissent témoigner d'une forte dose de naïveté.

Car si l'on admettait cette distinction subtile, les compagnies d'assurances ne trouveraient jamais de morphinomanes d'origine passionnelle. Les héritiers déclareraient invariablement que l'intoxication a reconnu une origine thérapeutique et il serait toujours impossible de prouver le contraire.

Il faut envisager la question d'une façon beaucoup plus simple. Étant donné qu'un morphinomane vient de mourir, la compagnie d'assurances doit simplement chercher à savoir s'il est mort par le fait de son intoxication, par exemple, s'il s'est empoisonné volontairement en s'injectant une dose trop forte de morphine comme cela arrive quelquefois. Dans ce cas, c'est un véritable suicide. Mais il sera presque toujours impossible de faire la preuve que l'individu a voulu réellement se tuer.

Lorsque le morphinomane a succombé aux progrès de la cachexie morphinique, au marasme qui en est sou-

vent la terminaison, la compagnie serait encore autorisée à invoquer l'intoxication comme étant la cause directe de la mort.

Mais, dans toute autre circonstance, il n'est pas admissible qu'elle argue de la morphinomanie comme cause de non-paiement. S'il est incontestable que les habitudes morphiniques abrègent la durée de la vie par la détérioration générale qu'elles amènent dans l'organisme, il n'en est pas moins vrai qu'on peut les assimiler à une foule d'autres causes qui agissent dans le même sens. Le tabac, le jeu, la débauche, les sports excessifs sont aussi des causes d'épuisement auxquelles beaucoup ne résistent pas. On ne peut cependant pas les invoquer comme ayant abrégé indirectement la vie.

Il y a donc là une lacune à combler de la part des Compagnies. Celles-ci devraient faire rechercher par leur médecin si l'individu qui veut s'assurer est morphinomane.

Dans l'affirmative, elles sauront si elles veulent ou non consentir à l'assurance. Mais, lorsque l'individu devient morphinomane après avoir signé son contrat, il me paraît impossible qu'elles arguent de son intoxication pour refuser de payer. S'il est vrai que la morphinomanie contribue à diminuer la durée de la vie, il n'en est pas moins vrai aussi qu'il y a beaucoup de gens qui restent quinze et vingt ans morphinomanes. J'en connais un qui a aujourd'hui quatre-vingt-sept ans et qui est morphinomane depuis plus de quarante ans. Par conséquent, il serait abusif, au point de vue légal, de considérer la morphinomanie comme un suicide et d'autoriser ainsi les Compagnies d'assurances à ne pas exécuter leurs contrats.

Du reste j'ai interrogé à ce sujet le directeur d'une des plus importantes Compagnies d'assurances et celui-ci m'a déclaré qu'aucune clause de leurs polices ne leur permettait de faire rentrer la morphinomanie dans les causes prévues et qui les autorisaient à refuser

le paiement de la prime. A l'appui de son dire il m'a même ajouté que, dans le cas du Dr P....... dont nous avons raconté l'histoire, la prime avait été payée et que cependant, dans ce cas, le suicide était incontestable. Il est vrai que ce médecin était en état d'aliénation.

RESPONSABILITÉ DU PHARMACIEN QUI DÉLIVRE DE LA MORPHINE SANS ORDONNANCE

Certains pharmaciens se risquent quelquefois à donner de la morphine d'une façon continue, ou en quantité assez considérable, sans ordonnance de médecin ou sur des ordonnances anciennes qui ont déjà servi nombre de fois et qui ont de ce fait perdu toute valeur, leur renouvellement indiquant nettement que la morphine n'est pas destinée au soulagement d'un état morbide, mais à la satisfaction d'une passion.

Un pharmacien de Reims s'est vu condamner à 500 francs d'amende pour avoir vendu en neuf mois 6 litres d'une solution de morphine additionnée de 1/100 de cocaïne. Il avait accepté des bijoux et des valeurs en garantie des 600 francs qu'il réclamait.

Le ministère public a interjeté appel *a minima*.

. . . .

Mais l'affaire de beaucoup la plus importante est celle du pharmacien V.... qui a été jugée par le Tribunal de la Seine.

Dans un remarquable *Rapport sur un vol dans un grand magasin*, commis par une morphinomane, M. Motet avait fait ressortir le rôle joué par le pharmacien qui avait fourni à crédit des quantités assez considérables de morphine.

Le 30 juin 1882, le pharmacien désira recevoir quelque argent des fournitures livrées jusque-là. Comme le mari ignorait l'ouverture d'un pareil compte, Mme J... emprunta à une de ses amies la somme de

200 francs qu'elle remit à son créancier. Celui-ci fut peu satisfait et harcela sa cliente pour qu'elle soldât sa note, tout en lui délivrant de nouveaux paquets et en quantité encore plus considérable qu'auparavant.

Mais à la fin du mois d'octobre, le pharmacien ne recevant pas le paiement réclamé à Mme J..., refusa de continuer le crédit.

Ces faits ayant été ainsi révélés, le pharmacien fut traduit en police correctionnelle, pour avoir « sans ordonnance spéciale » délivré dans l'espace de dix-sept mois plus de 1600 francs de chlorhydrate de morphine à une dame devenue folle par suite de l'abus de ce médicament.

La dixième chambre du Tribunal de la Seine, par devant laquelle cette affaire a été appelée, a rendu son jugement qui expose les faits et le droit ainsi qu'il suit :

Le Tribunal,

Attendu qu'aux termes de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, rendue en exécution de la loi du 19 juillet 1845, les médecins lorsqu'ils ordonnent l'emploi des substances vénéneuses doivent signer et dater les prescriptions et indiquer en toutes lettres la dose à délivrer;

Que les pharmaciens sont tenus de transcrire les prescriptions sur un registre et sans aucun blanc et de ne la rendre que revêtue de leur cachet et après avoir indiqué le jour où les substances ont été remises;

Attendu qu'il ressort de ces dispositions que le pharmacien ne doit délivrer les substances vénéneuses qu'en vertu d'une prescription spéciale et particulière du médecin indiquant les quantités et les doses à fournir;

Qu'il lui est interdit d'apporter la moindre modification dans l'exécution de la prescription magistrale et dans sa préparation;

Attendu que la loi et l'ordonnance ne sont ni abrogées, ni tombées en désuétude; que les tribunaux les ont constamment appliquées lorsque des plaintes fondées leur ont été déférées;

Attendu qu'il résulte des débats, des documents produits au Tribunal et notamment des mémoires de fournisseurs présentés par Armand V...., que du 29 mai 1881 au 29 octobre 1882, dans l'espace de cinq cent seize jours, ce pharmacien a vendu à la dame J.... 673 grammes de sel de chlorhydrate de morphine, produit classé au nombre des substances vénéneuses par livraisons successives de 10, 15, 20, 40, 45, 50, 60, 100 et 110 paquets [1], au total 3 465, et dont le prix s'est élevé à 1650 fr. 50;

Attendu qu'il s'est contenté pour délivrer ce produit en aussi grande quantité de la présentation de deux ordonnances de médecins datées de mars et de juin 1881, enregistrées sous les n[os] 19705 et 20002, lesquelles prescrivaient une dose fixe et divisée en 10 paquets [2] et timbrées à ce chiffre;

Attendu qu'en admettant qu'un certain relâchement se soit introduit dans la pratique et qu'il en soit résulté une tolérance d'une seule ordonnance pour obtenir plusieurs fois le même médicament, il est évident que cet emploi ne doit pas se répéter ni se prolonger indéfiniment et devenir par l'effet de la complaisance coupable d'un débitant un moyen frauduleux d'éviter la loi et de se procurer des substances vénéneuses en quantité considérable;

Attendu que pendant dix-sept mois consécutifs, Armand V...., en mépris de ses devoirs professionnels,

1. Le relevé de la facture porte quatre livraisons de cent paquets chacune pour le mois de septembre 1881, et cinq livraisons de cent paquets chacune pour le mois d'octobre de la même année.

2. Chaque paquet contenait 20 centigrammes.

n'a pas cessé de fournir du chlorhydrate de morphine à la dame J.... ;

Qu'il suffisait qu'elle en demandât soit verbalement, soit par correspondance, pour qu'il lui en expédiât immédiatement, sans titre ni examen et dans les quantités réclamées ;

Qu'il n'a jamais pris la précaution de s'enquérir de sa situation ni des causes qui nécessitaient l'emploi continu et excesif de cette substance ; que sa bonne foi n'est pas admissible ; qu'il s'est laissé entraîner par un intérêt mercantile ;

Attendu que ses infractions multiples et réitérées ont eu des conséquences terribles ;

Que la dame J.... a trouvé, par suite de la connivence intéressée du pharmacien, la possibilité de se procurer un médicament toxique dont elle a fait un abus déplorable, et qui a produit sur son organisme des ravages désastreux ;

Que si la part de responsabilité incombant à Armand V.... n'est pas actuellement déterminée exactement, il est dès à présent certain qu'il a contribué dans une large mesure à la triste situation de cette infortunée ;

Attendu que ces faits constituent les infractions prévues et réprimées par les articles 1er de la loi du 19 juillet 1845, 5 et 6 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 ;

Condamne Armand V.... à huit jours d'emprisonnement et 1000 francs d'amende.

En statuant sur la demande de la partie civile,

Attendu que l'état de santé de la dame J...., par suite de l'abus du chlorhydrate de morphine que lui a procuré *illégalement* Armand V...., a été aggravé et compromis à ce point qu'il a été urgent de l'interner dans une maison de santé pour y être soumise à une médication spéciale ;

Attendu que les frais du traitement s'élèvent à 250 francs par mois ; que J...., obligé de se rendre

à ses occupations, a été forcé, à cause de l'absence de sa femme, de pourvoir à la surveillance de ses deux jeunes enfants et aux soins à leur donner; qu'il se trouve sous le coup d'une réclamation relative à une dette contractée à son insu;

Qu'il existe de ces divers chefs un préjudice né et actuel que le Tribunal est en mesure d'évaluer;

Attendu qu'il est impossible de déterminer les conséquences dans l'avenir de cette intoxication prolongée, sa durée, son influence sur l'organisme, ni le temps que la malade séjournera dans la maison de santé;

Qu'à cet égard les éléments d'appréciation manquent; qu'il y a lieu de réserver à J.... tous ses droits et la faculté de fournir par état les dommages-intérêts qui pourront lui être dus ultérieurement;

Par ces motifs,

Condamne Armand V.... à payer à J.... à titre d'indemnité pour le préjudice subi jusqu'à ce jour la somme de 2000 francs;

Pour le surplus, lui réserve tous ses droits avec faculté de réclamer par état les dommages-intérêts ultérieurement dus;

Condamne Armand V.... aux dépens dont sera tenu J...., sauf son recours.

CHAPITRE X

PRONOSTIC

Le morphinomane peut-il guérir d'une façon définitive?

Que de fois cette question nous a été posée, même par des médecins! Nous y répondrons d'une façon très nette. Il est rare qu'un morphinomane guéri n'ait pas une rechute; mais nous ajouterons qu'il lui serait très facile de ne pas l'avoir. Tout dépend pour lui des conditions de vie qu'il adopte.

Il y en a chez lesquels la rechute est fatale, en raison même de leur profession.

Les médecins, par exemple, sont destinés à marcher de récidive en récidive. En effet, dès qu'ils sont démorphinisés, ils reprennent l'exercice de leur profession si fatigante, où ils retrouvent les mêmes causes qui les ont fait recourir auparavant aux consolations artificielles de la morphine. Comme ils ont à leur disposition tout ce qu'il faut, une piqûre est bientôt faite et naturellement suivie de plusieurs autres. Averbeck estime à 90 pour 100 la proportion de récidive chez les médecins et à 75 pour 100 chez les officiers.

D'autre part, les morphinomanes d'origine passionnelle sont bien plus exposés aux rechutes. Souvent, en

effet, ce sont des oisifs, des désœuvrés. Il suffira qu'ils rencontrent des camarades qui leur rappellent les joies qu'ils éprouvaient quand ils étaient sous l'influence du poison pour qu'ils les recherchent à nouveau.

La question de prédisposition est également importante à considérer. Tous ceux qui appartiennent à la grande famille des dégénérés, des névropathes de tout genre, sont des plus exposés aux récidives parce que ce sont des êtres sans résistance et sans volonté.

Il y en a cependant qui guérissent complètement. Ce sont ceux qui occupent une situation sociale indépendante, qui ont des occupations peu fatigantes. Lorsqu'ils n'ont pas de tare héréditaire, lorsque le morphinisme n'est pas trop ancien, quand la dose de poison n'est pas trop élevée, ils ont les plus grandes chances pour ne pas récidiver.

Plus il y aura eu de récidives antérieures, plus la démorphinisation sera difficile. Malgré cela il ne faut pas hésiter à s'y soumettre, car entre une guérison et une récidive, il peut quelquefois s'écouler plusieurs années, c'est autant de gagné. Trop souvent il ne s'écoule que quelques mois.

Pendant ce temps, l'organisme aura eu le temps de se reconstituer, la nutrition de s'améliorer et lorsque la récidive arrive, le sujet a reconquis les forces nécessaires pour supporter à nouveau les souffrances de la privation.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Sommaire. — A. Méthodes de suppression : 1° Suppression brusque. — Méthode de Levinstein. — 2° Suppression rapide. — Méthode d'Erlenmeyer. — 3° Suppression graduée ou lente. — B. Médication substitutive : Injections d'eau pure. — Opium, Codéine. — Cocaïne, Méthode d'Obersteiner. — Alcool. — C. Médications spéciales : Médication physiologique d'O. Jennings. — Bromures, Méthode de Mattison. — Des alcalins. Agents physiques : Hydrothérapie. — Glycérophosphates. — Atropine. — Duboisine. — Traitement psychothérapique. — Choix du mode de traitement à instituer. — Traitement symptomatique : Collapsus. — Délire maniaque. — Diarrhée. — Vomissements. — Insomnie. — Isolement des morphinomanes. — Prophylaxie.

Le traitement du morphinisme doit avoir pour objet de supprimer le poison de la façon la plus sûre et la moins pénible pour le malade.

Afin de présenter la question de la façon la plus claire, nous diviserons ce chapitre en plusieurs parties :

1° Exposé des différentes méthodes de suppression;

2° Médications spéciales à certains auteurs;

3° Médications adjuvantes;

4° Choix du traitement à instituer et thérapeutique des différents accidents de la suppression.

A. — MÉTHODES DE SUPPRESSION

1° Suppression brusque.

Méthode de Levinstein. — Cette méthode de traitement, bien que préconisée par Eder (de Vienne) en 1864, porte cependant et à juste titre le nom de Levinstein. C'est en effet ce médecin qui en a fait l'application la plus large et qui l'a le mieux décrite dans tous ses détails. Quoique peu employée, elle présente cependant, dans certains cas que nous préciserons plus loin, des indications très nettes. Aussi nous allons résumer, d'après Erlenmeyer, la manière de procéder lorsqu'on veut y avoir recours.

Chambre des malades. — La chambre devra être disposée de façon à rendre illusoire toute tentative de suicide lorsque survient le délire maniaque. Pour cela, les fenêtres seront grillagées. Les portes et fenêtres ne doivent pas être suspendues sur des gonds, mais doivent être sur charnières à bandes. Elles ne doivent avoir ni loquet, ni verrou, ni bouton, ni tourniquet, mais elles doivent être disposées de façon à ne pouvoir être ni ouvertes ni fermées par le malade.

Les murs ne doivent porter ni clou, ni crochets. Le chauffage devra se faire à l'aide d'une bouche de calorifère.

L'ameublement sera réduit au strict nécessaire un lit sans saillie à pieds lisses, solidement fixé à la muraille, une table de nuit, une chaise longue. On proscrira toute espèce d'ustensile quelconque qui pourrait servir d'arme entre les mains du malade.

A proximité de la chambre se trouvera un salon pour le médecin qui y résidera pendant les trois premiers jours. Celui-ci devra avoir à sa disposition une solution de morphine à 1/50, de l'éther, de l'ammo-

niaque, de la farine de moutarde et un appareil d'induction ainsi que du champagne, du porto, du cognac.

Près de ces deux chambres se trouvera une salle de bains.

PERSONNEL. — La question du personnel joue un grand rôle, car c'est lui qui constitue pour le médecin l'auxiliaire le plus utile. Levinstein recommande de placer près du malade deux femmes, de préférence deux religieuses, en ayant soin que l'une d'elles ait reçu assez d'éducation pour pouvoir converser avec le malade et lui prodiguer des paroles de consolation autres que les banalités habituelles aux gardes-malades et qui agacent tant les pauvres patients. Depuis plusieurs années j'emploie avec grand profit des étudiants en médecine. Ces jeunes gens ont conscience de la mission de confiance qui leur est dévolue et n'offrent aucune prise aux tentatives de séductions que les malades ne manquent pas de pratiquer sur leur entourage pour obtenir de la morphine. En outre leur instruction leur permet de mieux observer les symptômes prémonitoires des accidents qui peuvent éclater et par suite de se mettre en mesure de les conjurer. Mais comme le service est très pénible et qu'il faut être constamment à portée du malade et prêt à remédier à tout ce qui peut se présenter, il faut établir un roulement pour le jour et pour la nuit, tout au moins pendant les quatre ou cinq premiers jours.

PRÉCAUTIONS A L'ARRIVÉE DU MALADE. — Dès son arrivée, on fera prendre au malade un bain chaud et pendant ce temps-là on fouillera ses vêtements en palpant les doublures, afin d'enlever la provision de morphine qui s'y trouve la plupart du temps. On lui donne d'autres vêtements qu'il devra porter tout le temps de son traitement.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE. — 1° Rapidité de la guérison qui a lieu au bout de cinq à six jours;

2° Certitude du succès, si la surveillance est très étroite.

Inconvénients et dangers. — 1° Le plus grave est la possibilité d'un collapsus mortel;

2° Le traitement exige une installation spéciale;

3° Il est très dispendieux.

Suppression rapide.

Cette méthode est connue en France sous le nom de *méthode d'Erlenmeyer*, qui l'a décrite en 1883. En réalité la priorité en revient à Mattison qui, dès 1876, recommandait la suppression de la morphine en six à dix jours, pendant lesquels il donnait des bromures d'après une progression que nous exposerons plus loin. Cet auteur réclame, dans les termes suivants, la priorité qui lui est due.

« Ce fut là l'origine de la méthode dite « rapide » et l'histoire fera justice en enlevant à un Allemand le mérite de la découverte. »

Nous avons contrôlé l'exactitude de la réclamation et nous sommes heureux de rendre ici à Mattison (de New-York) la justice qu'il réclame, en tant que priorité. Mais nous reconnaîtrons en même temps qu'Erlenmeyer a donné à cette méthode un développement tel qu'en réalité il l'a faite sienne. Aussi nous lui emprunterons la description qu'il en a donnée :

« Cette méthode prend en considération :

La dose journalière,

La durée de la maladie,

La constitution du malade, auquel elle s'adapte, elle se modifie suivant les circonstances.

L'essence de cette méthode consiste en ce que le sevrage de la morphine a lieu d'une manière rapide, mais pas absolument brusque et sans aucun danger pour la vie du malade.

La suppression demande huit à douze jours. Ce délai varie selon la dose journalière absorbée par le malade au moment où il se met en traitement, suivant le

temps depuis lequel il prend de la morphine, suivant les traitements de suppression qu'il a pu subir, car chacun d'eux rend plus difficile celui qui suit ; et enfin suivant l'âge et la constitution du malade.

Pour des doses de 0,30 à 0,50 la suppression peut se faire en trois à six jours.

Pour des doses de 1gr,50 à 2 grammes on y parvient en dix jours.

Manière de procéder. — On commence par supprimer la moitié de la dose habituelle et on renouvelle deux ou trois fois pendant le traitement une suppression de moitié.

La première suppression peut même être de plus de moitié, c'est une limite qu'on dépasse souvent. Ce n'est pas une règle absolue, c'est une simple indication ; la seule règle c'est l'état du malade.

Dans la plupart des cas, on ne fait subir aucune diminution à la dose journalière dans les premiers jours, s'il s'agit, par exemple, d'observer et de fixer exactement les symptômes de la maladie.

Plus la suppression est importante au début et plus les progrès sont rapides.

Le malade supporte cette première diminution assez facilement et cela pour les raisons suivantes :

Lorsqu'un malade est décidé à se soumettre à un traitement de suppression de la morphine, la dernière dose qu'il en prend est ordinairement beaucoup plus forte et l'effet s'en fait sentir le premier et souvent le second jour du traitement. Les malades sont pour ainsi dire encore pleins ou chargés.

Il y a une diminution facile à supporter, celle de la dose dite *de luxe*. La plupart des morphinomanes prennent pour pouvoir se livrer à leurs occupations une dose journalière considérable qu'ils dépassent souvent pour diverses raisons.

C'est cette exagération de la dose *nécessaire* qu'on appelle dose de luxe.

C'est la suppression de cette dose de luxe que le malade supporte le plus facilement. Il faut tenir compte aussi de ce fait que bien des malades exagèrent la dose habituelle et la donnent pour beaucoup plus élevée qu'elle ne l'est en réalité, ce qui rend moins fortes les premières diminutions.

On conserve le plus longtemps possible la dose du début à l'injection du soir, de façon a assurer un sommeil prolongé et réparateur.

Quant aux symptômes qui peuvent apparaître, ce sont tous ceux de la suppression brusque, sauf le collapsus. Ils sont plus forts et plus marqués que dans la suppression lente, mais beaucoup plus faibles que dans la suppression brusque. L'important c'est que les premières manifestations ne durent pas longtemps, que les mauvais jours passent vite, tandis que dans la suppression lente le malade souffre des semaines entières.

AVANTAGES. — 1° Certitude complète du succès, car l'isolement du malade empêche toute introduction de la morphine;

2° Aucun danger puisque la survenance du collapsus ne menace plus la vie du malade;

3° Courte durée des symptômes d'abstinence;

4° Prolongation du temps consacré à la convalescence. »

Technique de la démorphinisation d'après la méthode Erlenmeyer.

	10 à 30 centigr.	30 à 40 centigr.	40 à 50 centigr.	50 à 1 gr.	1 à 2 gr.
	—	—	—	—	—
1er jour	8	15	25	30	50
2e —	6	12	15	20	30
3e —	5	10	12	15	20
4e —	3	6	7	12	15
5e —	2	4	4	8	10
6e —	1	3	3	6	6
7e —		2	2	4	3
8e —		1	1	2	2
9e —				1	1

Suppression graduée ou lente.

Cette méthode consiste à supprimer tous les jours une faible quantité de morphine. On arrive ainsi à la suppression totale au bout d'un mois, deux mois, trois mois et même davantage.

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

Il peut être appliqué n'importe où, même dans la famille du malade, à condition qu'on soit bien sûr qu'il ne pourra pas se faire d'injections en cachette, ce qui est le point délicat.

Les symptômes d'abstinence sont peu marqués, mais en revanche, ils durent pour ainsi dire en permanence. Plus ils sont accentués, plus la dose de morphine supprimée doit être faible, mais aussi plus la cure se prolongera.

Les inconvénients sont nombreux :

Le plus grand, c'est l'impossibilité où l'on se trouve d'empêcher le malade de se procurer de la morphine. Au bout de quelque temps, fatigué de souffrir d'une façon presque constante, il perd son courage et ses bonnes résolutions et trouve facilement le moyen de se faire des injections.

Tout le temps dont pourra disposer le malade se trouvera ainsi pris par le traitement, de sorte qu'il n'en restera plus pour la convalescence. Or, dans ces conditions, on peut être sûr que si le malade reprend sa vie ordinaire dès que le traitement est terminé, il ne se passera pas huit jours sans qu'il rechute.

Enfin il peut arriver que le malade n'ait pas la patience d'attendre que le traitement arrive à sa fin et qu'il l'interrompe ou y renonce d'une façon définitive, trouvant que cela dure trop longtemps.

Technique de la suppression lente. — On commence par faire remettre au malade sa seringue et sa solution. Il s'engage à se soumettre à toutes les perquisi-

tions qui peuvent être nécessaires pour s'assurer qu'il ne s'est pas procuré de morphine.

On lui donne l'assurance que, s'il éprouve des souffrances trop grandes, on lui injectera une dose supplémentaire de morphine.

Prenons un malade qui s'injecte 1 gramme de morphine par jour, voici la manière dont Jennings conseille de procéder :

« Les premiers jours, on supprimera 5 centigrammes par jour et l'on continue ainsi jusqu'à ce que le malade manifeste trop de malaises. Dans ce cas, on ne supprime que 3 centigrammes, plus tard 2, même un seul centigramme finira par être une réduction suffisante.

Quand le malade ne prend plus que 20 centigrammes on peut rencontrer quelque difficulté à diminuer davantage. On fera bien alors de suspendre la suppression pendant un jour ou deux et même d'injecter 1 centigramme de supplément. Cela permet de donner au malade un peu de repos et de reprendre ensuite le traitement plus facilement.

A partir de 10 centigrammes, la véritable lutte commence, et ce n'est qu'à l'aide d'une intervention extérieure éclairée et par un effort de volonté considérable que le malade sortira victorieux de cette épreuve. Ceux qui ne peuvent pas arriver à ce chiffre sans succédanés, ne supprimeront jamais leur morphine sans séquestration, et les guérisons ainsi obtenues ne sont que très peu sûres pour l'avenir.

Au moment où l'intervention devient indispensable, le patient se trouve donc dans les conditions suivantes : il a commencé par vouloir guérir et il a suivi avec courage la diminution progressive ;

Il s'est confié, comme les jeûneurs, à son comité de surveillance représenté par l'entourage que le médecin a jugé nécessaire, et il est arrivé sans grandes souffrances au chiffre de 0,10, le médecin ayant toujours opposé des refus impitoyables à ses doléances.

Si la réduction est continuée maintenant dans la même proportion, les besoins de morphine, les inquiétudes et l'agitation vont devenir tellement pénibles que peu de sujets consentiront à les subir sans le secours de l'art. C'est à ce moment que se fait le plus souvent la substitution d'un succédané et que le malade n'étant que très peu avancé dans sa cure principale, devient cocaïnomane ou alcoolique.

L'état du malade exigeant maintenant une intervention, on suspend pendant quelques jours la diminution, et au besoin on rétrograde de 2 ou 3 centigrammes. Ceci n'est pas du terrain perdu, ce n'est pas une concession qu'on fait aux doléances du malade. Il y a des sujets qui resteraient à ce moment dans un état des plus pénibles avec 10 centigrammes de morphine et qui, désespérant du succès, abandonneraient l'expérience. Dans ces cas, les 2 ou 3 centigrammes de plus prévus, accordés pendant quelques jours, surtout si le temps est orageux, donnent un moment de répit, pendant lequel le malade reprend courage pour la dernière épreuve.

Quand le malade a pour ainsi dire repris haleine, on entre dans la période de difficulté, on commence l'épreuve finale d'où il s'agit de sortir vainqueur.

Si le malade peut la supporter on continue la diminution sans rien y modifier, mais on accorde au besoin l'administration par l'estomac ou par le rectum d'une quantité de morphine égale à celle qui est supprimée des injections; de sorte que quand l'on arrive à zéro par la voie hypodermique on peut être sous l'influence de 10 ou 12 centigrammes par une autre voie.

Mais il faut continuer la diminution progressive des injections sous-cutanées, et comme elle fait naître des symptômes des plus pénibles il faut chercher maintenant des secours extrinsèques qui permettent de la mener à bonne fin.

Pendant cette dernière période les morphinomanes

sont inquiets, agités et à mesure que les doses de morphine deviennent de plus en plus minimes, les accalmies sont de moins en moins secourables. Supposons qu'on soit arrivé au moment où le malade ne prend que 3 centigrammes par jour en trois fois à trois reprises différentes, il sera rendu au bien-être relatif mais qui ira en diminuant pour faire place dans quelques heures à de l'agitation. Longtemps avant le temps fixé pour une nouvelle piqûre, le malade sera dans un état d'inquiétude absolument insupportable. Les deux à trois heures à passer sont pour le morphinomane une éternité de souffrances devant laquelle les plus courageux perdent quelquefois leur fermeté.

Ils se plaignent constamment d'inquiétudes et de sensations de froid (surtout dans les tibias) qui sont remplacées par un sentiment de bien-être, de chaleur après la piqûre.

Toutes les sensations qu'éprouve le malade sont des plus intolérables. Elles sont accompagnées d'un besoin de mouvement qui l'empêche de rester au repos, mais quand il essaie de le satisfaire en se promenant de long en large, il se fatigue vite et se jette sur son lit ou sur un fauteuil où il est bientôt repris de son agitation.

C'est ce besoin de mouvement qui se traduit aussi par des soubresauts musculaires involontaires qui paraît fournir la véritable indication thérapeutique. Le mouvement dans toutes ses modalités est pour le morphinomane un calmant. Mais l'énervement à ce moment est tel que le malade n'est pas plutôt sur pied qu'il se voit obligé de se recoucher et de ces besoins opposés de mouvement et de repos naît une agitation extrême, L'organisme tout entier réclame la stimulation habituelle, les centres nerveux demandent à être baignés par la morphine, qui est de nouveau élément indispensable de nutrition et de fonction.

Pour expliquer le mécanisme intime de cette fonction, il faut admettre des modifications moléculaires qui

seraient en dernière analyse des modalités de mouvement. Pénétré de cette idée, il faut substituer à l'agent pharmaco-dynamique devenu nécessaire une stimulation purement physique qui satisfait au besoin artificiel et qui concilie en même temps ces besoins de mouvement et de repos. Comme les sensations des morphinomanes sont pénibles par leur durée plutôt que par leur intensité, en faisant arriver au sensorium une sensation d'intensité plus grande mais moins pénible de sa nature, on arrive à obtenir des périodes de soulagement qui, en rompant la monotonie du malaise, permettraient au malade de supporter les intervalles d'agitation.

Pour cela on fait des stimulations dynamiques de différentes espèces telles que la faradisation, le massage, les frictions sèches, les vibrations mécaniques, sonores et caloriques. L'usage du hamac comme lieu de repos remplit les conditions voulues du mouvement passif. »

B. — MÉDICATION SUBSTITUTIVE

Le principe de la médication substitutive consiste à supprimer progressivement la morphine et à la remplacer par l'agent que l'on juge préférable. Lorsqu'on est arrivé au sevrage complet de la morphine, il ne s'agit plus que de supprimer également la substance qui lui a été substituée.

Cette méthode a le grand inconvénient de faire perdre du temps au malade en nécessitant deux sevrages succesifs. En outre souvent l'on échoue et l'on ajoute alors une seconde intoxication à la première. C'est ainsi qu'on crée des opiophages, des codéinomanes, des cocaïnomanes, des alcooliques, etc.

Injection d'eau pure.

On a proposé d'injecter aux malades de l'eau pure au lieu d'une solution de morphine. Cette pratique est mauvaise, car le malade s'aperçoit immédiatement de la fraude et il perd confiance dans son médecin.

Cet artifice pourrait réussir à la rigueur chez des individus très névropathes pour remplacer par exemple les injections de morphine de la journée, c'est-à-dire celles qui sont supprimées avec le plus de facilité, mais jamais on ne pourra remplacer l'injection du soir par une injection d'eau pure. Il ne faut pas oublier que la piqûre soulage un besoin qui est réel, aussi en dehors de la morphine rien ne peut arriver au résultat cherché.

Il est donc enfantin de s'imaginer un instant qu'on fera ainsi illusion à un morphinomane.

Notta a vu des aveugles qui, se fiant à leurs seules sensations, ne se trompaient ni sur le nombre des injections, ni sur la quantité du liquide injecté.

Un malade de Zambaco lui disait :

« Je fermerais les yeux et après diverses injections pratiquées, je saurais discerner, de suite, quelle est celle qui contient de la morphine et même si elle est concentrée ou non. »

Quand on emploie la suppression lente, on peut quelquefois, tout à fait à la fin du traitement, à mesure que la dose de morphine devient plus faible, arriver insensiblement à lui substituer l'eau pure. Mais cela n'a pas d'importance, cela prouve simplement que le malade n'éprouve plus de besoin de morphine. Dans ces conditions, il est bien plus simple de cesser toute espèce de piqûre que de l'amuser inutilement en lui injectant de l'eau pure.

Ces injections peuvent cependant avoir quelque utilité. Dans le cours d'un traitement de suppression

graduée, on peut, en prévenant le malade, lui injecter de l'eau pure. Il en éprouve une petite sensation qui suffira à ceux qui ne sont pas exigeants et qui les aidera dans une faible mesure à mieux supporter la diminution des doses.

Opium.

L'emploi des préparations d'opium n'est pas à négliger.

Celles-ci, en apportant aux cellules nerveuses une dose de morphine moindre que celle qu'elles reçoivent par l'injection, leur permet de supporter avec moins de révolte la privation de leur stimulant.

D'autre part, comme ces préparations sont ingérées par l'estomac, on peut éviter assez facilement l'accoutumance et en réduire les doses avant que celle-ci ait pu se produire.

Bien qu'en principe il soit préférable de ne pas donner d'adjuvant de cette sorte, nous faisons cependant une exception pour l'opium. Il peut rendre encore des services chez les morphinomanes peu invétérés qui entreprennent de se guérir eux-mêmes en faisant un voyage et qui, après avoir laissé leur seringue chez eux, se contentent d'emporter des pilules d'extrait thébaïque. A la rigueur, ils ne risquent que de devenir opiophages, et il est plus facile de guérir l'opiophagie que la morphinomanie.

Codéine.

Parmi les alcaloïdes de l'opium, on a recours surtout à la codéine qui a été proposée comme substitutif par Lindenberger en 1885, puis préconisée également par Schmidt, Fisher, Rosenthal.

Ces auteurs ont rencontré peu d'imitateurs en France, car si la codéine est peu toxique, en revanche

elle est loin d'avoir le même effet que l'extrait thébaïque.

Aussi lorsque l'on veut employer une préparation opiacée, vaut-il mieux avoir recours à ce dernier.

Cependant Lindenberger rapporte avoir obtenu vingt-quatre guérisons à l'aide de la codéine qu'il employait de la façon suivante :

Il commençait par donner 10 centigrammes de codéine trois fois par jour et il augmentait progressivement la dose jusqu'à ce qu'il eût obtenu avec la codéine les mêmes effets qu'avec la morphine.

Il arrivait ainsi à substituer complètement la codéine à la morphine. Il était alors très facile de supprimer la codéine.

Cocaïne.

Bentley a eu la fâcheuse idée de vouloir remplacer la morphine par la cocaïne. C'est ainsi qu'il a eu le triste privilège de créer la morphino-cocaïnomanie, qui a vite étendu ses ravages, et sur les désastres de laquelle nous nous sommes suffisamment appesantis dans un autre chapitre.

Sans vouloir nullement préconiser ni même excuser cette méthode, nous devons reconnaître qu'elle a donné de bons résultats dans des cas très rares. M. Grasset en a publié une observation, nous en avons relevé quelques autres dans la littérature étrangère. Mais fussent-elles encore plus nombreuses, que nous ne conseillerions jamais d'imiter les médecins qui emploient ce médicament. Au lieu d'en faire usage en injection hypodermique, Obersteiner l'emploie en ingestion stomacale, d'après la méthode que nous exposons plus bas.

Elle agirait alors surtout comme anesthésique local, Mais nous estimons qu'il est préférable de renoncer au faible avantage qu'elle donne alors et de ne jamais

toucher à ce médicament dans un traitement de démorphinisation.

Méthode d'Obersteiner. — Cet auteur supprime la morphine aussi rapidement que cela est possible. Lorsque la dose injectée n'est plus que de quelques centigrammes, c'est à ce moment que les souffrances de la réduction se font sentir le plus violemment. Il fait prendre alors des bains chauds d'une durée de cinq à quinze minutes, suivis, s'il le faut, d'une affusion froide ou d'un enveloppement, dans le drap mouillé à la température de 25 à 30 degrés pendant une demi-heure à deux heures.

Malgré les dangers que présente la *cocaïne*, Obersteiner y trouve un avantage considérable quand elle est convenablement administrée, en particulier pour soulager les angoisses de l'abstinence.

Il l'emploie de la façon suivante :

1° Il n'y a recours que lorsque les symptômes d'abstinence commencent à être très violents, généralement au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures après la dernière injection.

2° Il donne la cocaïne toujours par la voie stomacale, jamais en injection hypodermique.

Sa formule est la suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.......	50 centigrammes.
Acide salicylique..............	10 —
Eau distillée..................	100 grammes.

3° On fait prendre plusieurs fois par jour des doses de 5 à 10 centigrammes, mais la quantité totale des vingt-quatre heures ne doit pas dépasser 50 centigrammes.

4° Le second ou le troisième jour, la quantité quotidienne doit être rapidement diminuée et l'administration de la cocaïne ne doit pas durer plus de cinq à six jours.

Ce traitement n'a pas rencontré beaucoup d'imita-

teurs. En procédant ainsi, en effet, on joue un peu avec le feu.

Alcool.

On a proposé de substituer l'alcool à la morphine. L'alcool étant un stimulant peut remplacer en effet l'alcaloïde.

Mais hâtons-nous de dire que le résultat en est déplorable. Quand le malade, en état de privation de morphine, se met à boire de l'alcool, c'est par litres qu'il arrive à ingérer ce liquide. Les conséquences en sont faciles à déduire. Au lieu d'être morphinomane, il est devenu alcoolique. Quelquefois il n'a pas même ce pseudo-bénéfice de substituer un poison à un autre, il reste morphinomane et il est devenu alcoolique par-dessus le marché. Ou bien, il peut alternativement cesser d'être l'un pour devenir l'autre, comme dans l'observation si intéressante de Marandon de Montyel, que nous avons rapportée plus haut.

Il faut se souvenir, en effet, que la morphinomanie évolue très souvent sur un terrain de dégénérescence et que, dans ces conditions, il sera pour ainsi dire impossible de donner au malade dans un but thérapeutique un poison quelconque, sans qu'il s'habitue à ce poison au point d'arriver à l'intoxication chronique. Aussi ce qui est vrai pour l'alcool, l'est aussi bien pour l'éther, le chloral, la cocaïne, etc. Quelques auteurs conseillent d'employer l'alcool comme tonique au moment où les symptômes d'abstinence sont les plus intenses.

Cette manière de faire me paraît prêter le flanc à la critique. On en est, en effet, beaucoup revenu, au sujet des propriétés toniques de l'alcool.

Les travaux de MM. Magnan, Motet, Laborde, etc., nous ont éclairés sur ce sujet en nous faisant voir que cette action tonique n'était qu'apparente, que

l'alcool ne produisait en réalité qu'une stimulation passagère suivie bientôt d'une dépression nerveuse. Aussi nous semble-t-il de beaucoup préférable, si l'on veut donner des toniques, d'avoir recours aux préparations de kola, au thé, aux glycérophosphates. Nous avons toujours procédé ainsi dans notre pratique et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

C. — MÉDICATIONS SPÉCIALES

Médication physiologique de O. Jennings.

Les recherches sphygmographiques faites par le Dr Jennings l'ont amené à instituer une médication très rationnelle et qui rend de très grands services.

Nous avons vu que, lorsque le malade est en état d'abstinence, le système circulatoire est dans un état de dépression extrême qu'on peut faire cesser à l'aide d'une injection de morphine. Mais comme il s'agit précisément de supprimer ce poison, il faut donc chercher à obtenir le même résultat à l'aide de médicaments d'une autre nature. Ceux-ci sont les toniques du cœur : la digitale et la spartéine.

On guette le moment où le cœur commence à défaillir et lorsque le tracé sphygmographique révèle la présence du plateau caractéristique on fait une injection de 2 à 4 centigrammes de sulfate de spartéine, qu'on peut répéter au besoin. Au bout de quelques minutes on voit le pouls se relever et le danger disparaître. Si la spartéine était impuissante à conjurer le danger du collapsus, il ne faudrait pas hésiter à faire une injection de morphine.

Mais nous savons qu'il faut autant que possible éviter d'administrer des médicaments en injection hypodermique chez les morphinomanes en traitement, car il s'agit à la fois de les débarrasser de l'habitude

de la morphine et de l'habitude de se piquer. Aussi pourra-t-on avoir recours à la digitale administrée par la bouche. Ce tonique cardiaque de premier ordre rendra des services au moins égaux à ceux de la spartéine.

Dans les périodes d'angoisse, on obtient de bons effets de la nitro-glycérine sous forme de solution de trinitrine dont on dépose quelques gouttes sur le bout de la langue. Les effets en sont plus rapides et plus éphémères que ceux de la spartéine. On pourra les utiliser dans les cas légers où un soulagement rapide mais peu durable est suffisant.

Au bout d'un quart d'heure, en effet, il n'en subsiste plus rien qu'une céphalalgie parfois assez persistante.

Dans le même ordre d'idées, on peut faire respirer de la *pyridine*, dont les effets s'ajoutent à ceux de la nitro-glycérine pour apaiser la sensation d'angoisse.

Bromures.

L'administration des bromures répond à des indications bien nettes. Leur action thérapeutique s'exerçant surtout sur l'état d'excitation nerveuse, d'hystéricisme, comme dit M. Grasset, on pourra y avoir recours dans ces cas.

Leppmann a proposé de combiner la codéine à la dose de 2 à 5 centigrammes au monobromure de camphre à la dose de 50 centigrammes et d'administrer ces médicaments comme substitutifs de la morphine.

Étant donnée l'action bien connue de chacun d'eux, il nous paraît bien difficile d'admettre qu'ils puissent combattre efficacement les symptômes si graves et si multiples de l'abstinence. Employés comme substitutifs, ils n'auront certainement qu'une action illusoire.

Méthode de Mattison. — Cette méthode consiste dans la suppression rapide combinée à l'administration systématique du bromure de sodium, de la codéine et du trional.

En donnant des doses graduellement croissantes et répétées de bromure on maintient l'action continue du médicament de six à dix jours, pendant lesquels on diminue et on supprime la morphine. Le but est d'assurer par cette sédation préliminaire le maximum d'action sédative du bromure, au moment où la suppression de la morphine détermine le maximum d'irritation nerveuse.

Voici comment a lieu la progression des doses de bromure.

	10 heures matin.	10 heures soir.	Total.
1er jour	1 gr. 50	1 gr. 50	3 gr.
2e —	2 —	2 —	4 —
3e —	2 — 50	2 — 50	5 —
4e —	3 —	3 —	6 —
5e —	3 — 50	3 — 50	7 —
6e —	4 —	4 —	8
7e —	4 — 50	4 — 50	9 —
8e —	5 —	5 —	10 —
9e —	0 —	5 —	5 —
10e —	0 —	5 —	5 —

Quand on a obtenu la sédation nerveuse et la suppression de la morphine, on combat avec la *codéine* les réflexes qui peuvent se produire.

On l'emploie sous forme de phosphate, de chlorhydrate ou de sulfate. On en proportionne la dose à l'état du malade et on la donne soit par la bouche soit, en injection. En général, elle n'a de raison d'être qu'après la suppression complète de la morphine. On peut la donner avant si cela est nécessaire,

Dans les cas où le bromure est inutile ou contre-indiqué, la codéine sera un véritable hypnotique.

Le *trional* intervient ici comme l'hypnotique de choix qu'on administre après la suppression de la morphine.

On l'emploie exclusivement pendant cinq à huit nuits

en réduisant la dose initiale de 2 gr. 50 progressivement jusqu'à la moitié.

S'il était alors nécessaire de donner un autre hypnotique, on aurait recours au chloral, à la paraldéhyde, au chanvre indien.

Mattison a un peu modifié sa méthode.

Au début il arrivait au bout de cinq à six jours à faire prendre 18 grammes de bromure.

Cette dose très élevée était loin d'être sans inconvénient.

Cutler a rapporté, en effet, un cas où un malade, ainsi traité, était resté pendant dix-huit jours dans un sommeil léthargique et il fallut pendant tout ce temps employer toutes sortes de moyens pour le nourrir et essayer de le réveiller.

De l'emploi des alcalins. Démorphinisation chimique.

On ne connaît pas d'une façon bien précise la façon dont la morphine se transforme dans l'organisme.

Mais l'on sait quelles sont ses voies d'éliminination.

Conrad Alt a démontré que lorsqu'elle est administrée en injections hypodermiques l'élimination se fait par l'estomac, que celle-ci commence au bout de deux minutes un quart et continue très nettement pendant une demi-heure, puis devient très faible et cesse complètement au bout de cinquante à soixante minutes. Il a pu doser la quantité de morphine ainsi éliminée et reconnaître qu'elle atteignait à peu près la moitié de la quantité injectée.

Pendant tout le cours du morphinisme, le passage continu de la morphine par les glandes de la muqueuse stomacale agit sur celles-ci par action locale en les narcotisant, ce qui détermine une diminution considérable dans les sécrétions de l'estomac d'où une hypo-acidité ou même une anacidité complète du suc gastrique.

Au contraire, pendant le sevrage morphinique, les glandes stomacales, ne se trouvant plus sous l'influence inhibitoire du poison, se mettent à sécréter avec une abondance excesssive un suc gastrique très acide. Celui-ci se trouvant au contact des filets nerveux de la muqueuse détermine une irritation très grande et l'on observe des symptômes analogues à ceux de la gastrite catarrhale par excès d'acidité, ainsi que l'a fait remarquer Hitzig. C'est là la cause de ce qu'on appelle les symptômes physiques de l'abstinence tels que vomissements, diarrhée, insomnie, douleurs lombaires, etc. Cet auteur a démontré la réalité de cette idée théorique en vidant l'estomac à l'aide de la sonde et en y introduisant de l'eau alcaline pour neutraliser le suc gastrique. Son malade ne présenta aucun signe physique d'abstinence.

Frappé de ce résultat, Erlenmeyer l'appliqua dans sa pratique et obtint les mêmes effets en faisant ingérer au malade environ un litre d'eau alcaline. C'est ce qu'il a appelé « démorphinisation chimique », ce qui n'est pas exact, car cette thérapeutique n'est pas un traitement de démorphinisation puisqu'il n'agit en rien sur le sevrage proprement dit et en particulier sur l'état de besoin.

Néanmoins comme il est de la plus haute importance d'épargner les souffrances physiques aux malades on devra toujours leur appliquer la méthode d'Hitzig en leur faisant ingérer de l'eau de Vichy, comme l'a fait Erlenmeyer.

Glycérophosphates.

L'emploi des glycérophosphates a été très heureusement introduit dans le traitement du morphinisme par M. Luys en France, par Emmerich en Allemagne et par Mann aux États-Unis.

Il existe, en effet, dans le cours de la suppression

morphinique, un véritable état de neurasthénie aiguë qui peut être favorablement combattu à l'aide des glycérophosphates.

Ces médicaments, en favorisant la nutrition des cellules nerveuses, aideront le cerveau à fonctionner d'une façon régulière.

Le meilleur mode d'administration serait l'injection sous-cutanée.

Atropine.

Kochs a proposé d'employer l'atropine pour combattre les fâcheux effets de l'abstinence.

Il donne 0 gr. 00022 de sulfate d'atropine et il répète cette dose une seconde fois si cela est nécessaire.

La conception théorique de cette médication est fausse. L'auteur, en effet, ne donne l'atropine que comme médicament antagoniste de la morphine. Or ce n'est pas la morphine qui détermine les accidents de la suppression, mais bien l'oxyde de morphine. Pour être logique il faudrait donc administrer l'antagoniste de cet oxyde. Or, jusqu'à présent, on n'en connaît aucun.

Duboisine.

M. Bernabei, a obtenu, à l'aide de la duboisine, la disparition des symptômes pénibles qui avaient résisté aux autres traitements, ce qui lui permet de pouvoir faire ensuite la suppression de la morphine.

Il s'agissait d'un homme qui s'injectait de 20 à 30 centigrammes de morphine par jour. Il était très faible et amaigri, présentait de l'anorexie, une constipation opiniâtre, de la dysurie, de la bradychardie, une éphidrose unilatérale de la face et une insomnie rebelle.

Pour combattre ces symptômes, il fit des injections

de sulfate de duboisine à la dose d'un quart à un demi-milligramme par jour.

Sous l'influence de ces injections, le malade put dormir cinq à huit heures de suite. La constipation, l'anorexie, la faiblesse et l'éphidrose se dissipèrent.

En outre on put arriver à diminuer rapidement les doses de morphine, et même au bout de trois mois à en supprimer complètement l'usage ainsi que celui de la duboisine.

Méco-Narcéine.

Millot et Duquesnel ont proposé d'employer la narcéine comme soporifique, dans les traitements de suppression.

Cette substance a le grand avantage de pouvoir être administrée à doses élevées sans inconvénient. Je l'ai expérimentée un assez grand nombre de fois, mais je n'en ai obtenu que rarement les effets cherchés.

Agents physiques.

Pendant un traitement de suppression, le morphinomane est en proie à un besoin de mouvement incessant. Il va et vient dans sa chambre, mais, comme il est très vite fatigué, il s'assied sur un fauteuil où il reste à peine quelques instants, parce qu'il faut qu'il remue, qu'il se promène.

Cet état crée chez lui une agitation et un énervement qu'il faut chercher à apaiser. Dans ce but, O. Jennings a conseillé l'*usage du hamac* qui rendra de grands services. « Il permettra au malade de satisfaire son besoin de se mouvoir, en même temps qu'il lui permettra de ne pas se fatiguer.

« Ce besoin étant produit par l'excitation cérébrale que détermine l'absence du stimulant habituel, on peut essayer d'y remédier à l'aide de stimulations

dynamiques. On emploiera dans ce but le massage, la faradisation musculaire, les frictions sèches.

« Les *vibrations mécaniques*, à l'aide d'un percuteur, sonores et calorifiques rendront de grands services.

« Le chant réussit quelquefois à diminuer les souffrances. Cela confirmerait les expériences de Brown-Séquard qui a démontré que certaines irritations de la muqueuse laryngée sont suivies d'un bien-être et d'une disparition de fatigue qui peuvent durer plusieurs jours. Il semble donc rationnel de supposer qu'une *stimulation vibratoire* des mêmes surfaces puisse donner des résultats semblables dans l'espèce. Il ne faudrait pas cependant pousser la chose à l'excès et soumettre les malades à l'audition d'un opéra, en raison de l'émotivité morbide dont ils sont atteints.

« La chaleur est aussi un calmant.

« La *chaleur solaire*, en particulier, sera mise à profit et lorsque le temps le permettra, le malade pourra rester étendu sur une chaise longue au soleil aussi longtemps que ce sera possible.

« On aura aussi recours au bain turc, qui donne aux morphinomanes des sensations agréables rappelant la stimulation congestive que donne la piqûre. Il sera suivi de massage et de repos sur une chaise longue.

« Plus tard, dans la période de convalescence, quand les forces seront revenues, l'exercice en plein air sous forme de promenades à bicyclette rendront de très grands services en activant la nutrition et en apportant de la distraction. Il est bien entendu qu'elles doivent être faites d'une façon modérée et en évitant avec le plus grand soin le surmenage et les courses trop longues qui amèneraient un résultat inverse. » (Jennings.)

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie joue, dans le traitement du morphinisme, le rôle d'un adjuvant très important.

Au moment où les symptômes d'abstinence déterminent le plus d'agitation, on peut atténuer celle-ci

soit à l'aide de douches tièdes prolongées, soit à l'aide du drap mouillé.

Ces applications pourront être répétées plusieurs fois dans la journée.

Plus tard, quand la période aiguë sera apaisée, on aura recours aux douches froides et courtes dont l'action tonique exercera la meilleure influence sur le système nerveux.

Traitement psychothérapique.

Un certain nombre de médecins, surtout de Russie, de Suède et de France, ont rapporté des observations de guérison de la morphinomanie par la suggestion. En France, M. Grasset s'est fait l'apôtre de cette méthode et il faut toute l'autorité scientifique de ce médecin pour ne pas émettre tout au moins un doute philosophique relativement aux résultats qu'il annonce.

Tout d'abord, posons une question préjudicielle.

Les morphinomanes sont-ils hypnotisables?

Tout dépend du moment où l'on veut pratiquer la suggestion. Si l'on choisit la période de satisfaction, où le morphinomane jouit des délices que vient de lui donner la morphine, il s'abandonnera complètement à celui qui voudra le suggestionner.

Mais, au contraire, à la période d'abstinence on n'arrivera à aucun résultat.

A ce moment, en effet, le cerveau est obsédé par une idée fixe, celle de se procurer de la morphine, l'agitation est extrême, les malaises de toute nature sont à leur comble. Ce sont donc de très mauvaises conditions pour pratiquer une suggestion. On sait, en effet, que pour cela, il faut que le sujet soit calme, qu'il s'abandonne complètement au médecin et que son cerveau ne soit pas occupé par une pensée, surtout une pensée obsédante.

Tout le monde sait qu'il est impossible d'hypnotiser

des maniaques ou des mélancoliques déprimés. Or quiconque a vu un morphinomane en état d'abstinence, dans l'état d'agitation continuelle où il se trouve, allant et venant dans sa chambre, suppliant, se désespérant, comprendra qu'il est absolument impossible de pratiquer une suggestion quelconque dans cet état.

Pourrait-on, en revanche, suggérer à un morphinomane en état de satisfaction de ne pas souffrir quand l'état de besoin se fera sentir? Certains auteurs tels que M. Aug. Voisin, M. Bérillon prétendent avoir réussi et avoir guéri des morphinomanes sans que ceux-ci aient rien éprouvé.

Bien que n'ayant pas une expérience personnelle de ce genre de traitement, j'émettrais cependant quelques doutes. Ces auteurs ont, en effet, soigné leurs malades, l'un à domicile, l'autre à sa clinique. Or nous savons tous que des morphinomanes laissés en liberté n'éprouveront jamais la moindre souffrance pour l'excellente raison qu'à la moindre apparition de l'état de besoin, ils trouveront le moyen de l'arrêter immédiatement en se faisant une piqûre. Sans mettre nullement en doute la bonne foi des auteurs de ces observations, nous estimons qu'ils ont été probablement victimes de la dissimulation dont les morphinomanes sont coutumiers.

Pour que l'on puisse porter un jugement à l'abri de toute espèce de critique, il faudrait que le morphinomane traité par la suggestion soit dans une maison de santé où l'on serait absolument certain qu'il ne peut pas se procurer de la morphine.

Wetterstrand est un de ceux qui ont le plus d'expérience de ce genre de traitement.

Depuis 1888, il a traité 51 cas de toxicomanies, dont 41 dus au morphinisme; parmi ces malades, 3 récidivèrent, 5 abandonnèrent le traitement, 2 moururent d'affections cardiaques et pulmonaires. Les autres guérirent quoique certains d'entre eux aient

fait usage de morphine pendant 28, 17 et 10 ans. 12 de ces malades avaient suivi d'autres traitements, mais ils avaient récidivé; un d'entre eux était en même temps morphinomane et alcoolique, 3 étaient morphinomanes et cocaïnomanes. Le premier avait été interné dans une maison de santé avant le traitement psychothérapique; depuis 1888 il est guéri complètement; des 3 autres, l'un mourut d'une attaque épileptiforme, un autre abandonna le traitement, le troisième périt après avoir fait usage de morphine et de cocaïne à des doses énormes pendant dix-huit ans; c'était un médecin incapable de travailler depuis de nombreuses années.

L'auteur a observé un cas de chloralomanie pure; ce malade guérit parfaitement. Il a vu quatre cas d'intoxication par l'opium : ces malades guérirent également.

Voilà d'ailleurs le tableau détaillé des cas observés par M. Wetterstrand.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	MORTS	AUCUN RÉSULTAT	RÉCIDIVE	GUÉRISON
Morphinomanie par injections hypodermiques..	16	22	38	2	5	3	28
Morphinomanie par usage interne...............	1	2	3			1	2
Morphinomanie et alcoolisme.................	1		1				1
Morphinomanie et cocaïnomanie..............	2	1	3	1	1		1
Cocaïnomanie....	1		1				1
Opiomanie, usage interne.		4	4			1	3
Chloralomanie...........		1	1				1
Total.........	21	30	51	3	6	5	37

Cet auteur commence par diminuer graduellement la morphine. « Ce n'est que lorsque le médecin a con-

quis la confiance du malade qu'il doit user de la suggestion *en hypnotisant le sujet aussi profondément que possible*; les séances devront se faire une ou deux fois par jour; l'hypnose est souvent très difficile à provoquer chez eux, quelquefois cependant on les endort profondément dès la première séance, ce qui amène généralement une guérison rapide. Mais on *se tromperait si l'on croyait que le traitement suggestif empêche complètement les douleurs de la période d'abstinence*; l'importance principale de ce traitement consiste en ce qu'il déracine le mal en fortifiant la volonté affaiblie des morphinomanes. Le traitement peut durer fort longtemps, mais l'auteur pense qu'avec de la patience on arrivera presque toujours à un bon résultat. »

Si l'on analyse d'une façon plus précise la méthode préconisée sous le nom de *psychothérapie*, on voit qu'il s'agit en réalité d'une méthode de suppression lente dans le cours de laquelle on hypnotise les malades. L'auteur a la franchise d'avouer que ce traitement peut durer fort longtemps et qu'il ne supprime pas les douleurs de l'abstinence. Je ne vois donc pas qu'il présente un avantage quelconque sur les autres traitements et en revanche j'y trouve de graves inconvénients puisqu'il fait traîner le malade sans utilité.

Au lieu de vouloir appliquer la psychothérapie d'une façon systématique comme les hypnotiseurs ont de la tendance à vouloir le faire, il est bien plus logique de chercher à l'utiliser dans la mesure de ce qu'elle peut donner.

Ainsi la suggestion semblerait bien plutôt devoir rendre des services après le traitement de démorphinisation. On pourrait, en effet, utiliser les six semaines de convalescence pour suggérer au malade le dégoût de la morphine pour l'avenir. Il faudrait pour réussir y mettre beaucoup de persévérance, car on sait que l'effet d'une suggestion est assez court et

qu'il faut renouveler celle-ci souvent. Et encore, ces sujets si suggestibles ne le sont-ils que parce qu'ils n'ont aucune volonté. Qui pourrait affirmer que plus tard, s'ils se retrouvaient en proie à des douleurs violentes et ayant la possibilité de se faire des piqûres, il ne se produirait pas une auto-suggestion contraire qui entraînerait inévitablement une rechute.

En somme, sans attacher une bien grande valeur à la suggestion dans le traitement de la morphinomanie, nous pensons qu'il ne faut pas la repousser systématiquement et que certains sujets, choisis avec discernement, pourront en retirer des bénéfices.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

1° *Collapsus* (LEVINSTEIN). — Il faut se garder de confondre une simple faiblesse avec un collapsus grave.

Chez les femmes surtout on observe souvent des lipothymies, des syncopes qui n'ont pas de gravité. Il suffit pour cela de se régler sur les caractères du pouls.

Si ceux-ci viennent à changer, si par exemple, d'abord dépressible, il devient filiforme, s'il diminue graduellement ou brusquement de fréquence, de manière que le nombre normal des pulsations qu'il avait d'abord, diminue d'un tiers ou même davantage ; si le visage du malade est pâle, si le nez s'effile, si à la place de l'agitation première survient un calme subit, si l'on voit apparaître des accès de syncope, s'il existe de la somnolence et de la lenteur de la respiration, on injectera, sans retard, 3 centigrammes de morphine.

Si, au bout de dix minutes, le pouls et la respiration ne s'améliorent pas, on répétera l'injection une ou deux fois jusqu'au retour de l'état normal.

En même temps, on tâchera de tenir le malade éveillé en faisant des excitations cutanées telles que : les faradisations, en faisant inhaler des vapeurs irri-

tantes, en faisant des pulvérisations d'éther ou des fomentations froides sur la tête. A l'intérieur on donnera tous les stimulants possibles : champagne, café, injections de caféine.

Quand on est arrivé à rétablir les fonctions du cœur et que le malade se livre ensuite au sommeil, il faut surveiller avec soin la respiration et la circulation. (Levinstein.)

2° *Délire maniaque.* — Le délire, en lui-même, ne réclame pas un traitement particulier. Il faut placer le malade dans les meilleurs conditions possibles pour qu'il ne nuise ni à lui-même ni aux autres.

Si l'agitation était trop violente on pourrait donner des bains tièdes prolongés ou faire un enveloppement dans le drap mouillé.

On s'abstiendra de faire des injections de morphine.

Le docteur Collain préconise l'administration du chlorhydrate d'ammoniaque. Dans un cas qu'il a traité par cette médication, le malade vomit une première dose de 4 grammes de ce sel, mais garda la seconde dose. Au bout d'un quart d'heure, les hallucinations de la vue disparaissaient, le calme, puis le sommeil survenaient.

3° *Diarrhée.* — Ce symptôme demande à être respecté.

La diarrhée est, en effet, un des moyens d'élimination du poison, il ne faut donc pas la combattre. Cependant, si elle atteignait une fréquence excessive, si elle occasionnait un flux séreux tel qu'il affaiblirait par trop le malade, on pourrait la modérer à l'aide de lavements laudanisés.

4° *Vomissements.* — Tant qu'ils ne sont que modérés, ils ne demandent pas d'intervention spéciale. S'ils se répètent trop souvent, on les combattra à l'aide de la glace et des boissons acidulées et des eaux alcalines.

S'ils se produisaient 20 à 30 fois dans les 24 heures, on donnerait de la morphine.

S'ils persistaient au point d'affaiblir le malade, on lui administrerait des lavements alimentaires.

5° *Insomnie.* — L'insomnie est un des symptômes les plus fatigants. On évitera de donner du chloral pour la combattre, de peur qu'ensuite le malade ne s'y habitue, comme cela se voit si souvent.

Il sera préférable d'avoir recours au sulfonal, au trional qui n'entraînent pas avec eux une accoutumance morbide.

CHOIX DU TRAITEMENT

Suppression brusque. — On l'adoptera chez les individus très bien portants, dont la dose de morphine ne dépasse pas 10 centigrammes.

Suppression lente. — On l'adoptera chez les individus affaiblis, épuisés, atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, d'ataxie locomotrice, chez les femmes nerveuses présentant un degré d'excitabilité très prononcé.

Lorsqu'on sera obligé de recourir à cette méthode, qui est de beaucoup la moins bonne, on tâchera d'accélérer la suppression le plus possible et de ne pas garder les malades en traitement pendant des mois.

Suppression rapide. — C'est la méthode à laquelle nous donnons la préférence. Elle a reçu la sanction de l'expérience et elle est adoptée aujourd'hui par presque tous les spécialistes aussi bien en Allemagne qu'en France et aux États-Unis. Je suis, en outre, très partisan de combiner à cette méthode le traitement physiologique de Jennings, c'est-à-dire l'emploi des toniques du cœur et d'y adjoindre les adjuvants physiques dont nous avons parlé.

A côté de ces grandes lignes que nous plaçons comme la base fondamentale du traitement à instituer chez la plupart des morphinomanes, nous estimons qu'on

aurait grand tort de rejeter les autres moyens proposés.

Chacune des méthodes que nous avons décrites présente en elle-même quelque chose d'utile, que le clinicien saura appliquer dans les cas convenables.

Par exemple les injections de glycérophosphates trouveront leur utilité dans les cas d'épuisement nerveux qui constituent un véritable état de neurasthénie aiguë.

Les bromures rendront de grands services chez les femmes excitables.

La psychothérapie pourra être utilisée, chez les individus très suggestionnables, pour diminuer, chez eux, les chances de récidive.

Nous repoussons de la façon la plus catégorique la méthode dite substitutive, car il n'existe aucune substance qui puisse être introduite dans l'organisme et remplacer réellement la morphine.

Mais ce contre quoi nous nous élevons, c'est contre l'adoption d'une méthode qu'on emploie d'une façon systématique dans tous les cas. Nous n'admettons pas qu'on groupe ensemble un certain nombre de moyens thérapeutiques qu'on décore du nom de méthode d'Erlenmeyer, de Mattison, d'Obersteiner, etc., et que l'on applique l'une ou l'autre de ces méthodes à tous les malades.

Il faut connaître tous les moyens de traitement dont on peut disposer et savoir appliquer chacun d'eux au cas pour lequel il convient. Agir d'une façon systématique est une erreur thérapeutique.

DES MOYENS DE SUPPRIMER LA SOUFFRANCE PENDANT LA DÉMORPHINISATION

Pendant un traitement de démorphinisation, les malades éprouvent des souffrances psychiques et physiques qui vont en augmentant à mesure que la dose

de morphine diminue. Il y a donc tout intérêt à réduire ces souffrances à leur minimum, afin d'éviter le découragement de la part des malades.

Les souffrances psychiques sont de beaucoup les plus vives. C'est afin de les atténuer le plus possible qu'on a cherché à remplacer la morphine par d'autres substances dont l'effet devait être de produire sur le système nerveux une action rappelant celle de la morphine. Toutes celles qu'on a proposées jusqu'à présent n'ont donné que des résultats illusoires ou nuisibles.

Cependant, nous avons expérimenté un agent, la *napelline*, qui nous a donné des résultats très remarquables. Lorsque le besoin de morphine se fait sentir on fait une injection sous-cutanée de napelline et l'on observe presque immédiatement l'apaisement de ce besoin. Le malade est tranquille pendant plusieurs heures, puis l'état de besoin reparaissant, on fait une nouvelle injection, et ainsi de suite.

La napelline a ce grand avantage de ne créer aucune accoutumance. On peut la supprimer instantanément sans le moindre inconvénient.

Cette thérapeutique n'a donc rien de commun avec les méthodes substitutives dans lesquelles on a remplacé la morphine par la codéine, par exemple, car il faut ensuite faire un sevrage de la codéine ou de toute autre substance qu'on aura employée.

Le grand avantage de la napelline c'est d'être un calmant cérébral qu'on peut supprimer à volonté. De plus elle n'est pas toxique et l'on peut en administrer des doses assez élevées.

Grâce à ce moyen, on peut supprimer complètement la sensation si pénible de l'état de besoin.

Pour les souffrances physiques, nous avons vu que le meilleur moyen de les supprimer d'une façon absolue était de faire ingérer au malade de l'eau de Vichy à la dose d'un litre par jour.

En combinant ces procédés à la suppression rapide, on peut opérer ainsi le sevrage de la morphine avec la plus grande facilité.

ISOLEMENT DES MORPHINOMANES

Le traitement du morphinisme demande pour être pratiqué avec succès une série de circonstances que l'on ne peut trouver réunies que dans des Établissements spéciaux.

Si, en effet, on laisse le morphinomane livré à lui-même, il n'aura jamais assez de volonté ni d'énergie pour aller jusqu'au bout. Dès qu'il commencera à éprouver les affres de l'abstinence, il ira immédiatement chercher son arsenal pour se soulager. Cependant il existe plusieurs cas authentiques où le malade a pu se guérir lui-même. Pichon, Biggs, Zambaco, Marandon de Montyel en ont rapporté les observations.

On pourrait toutefois essayer de traiter le malade à domicile. Si l'on emploie la suppression brusque ou la suppression rapide, on est sûr d'échouer parce que, dès que les souffrances commenceront, le malade saura tellement apitoyer ou effrayer son entourage que celui-ci sera impuissant à résister et lui donnera la morphine qu'il demandera. Le Dr Guyot raconte avoir fait une cure de ce genre par la suppression brusque. Il fut obligé de rester trois jours et trois nuits près de son malade, sans pouvoir le quitter. Il a juré qu'il ne recommencerait plus.

Le seul mode de traitement possible serait la suppression lente. Mais si l'on songe qu'il faut au moins un mois et le plus souvent deux à trois pour y arriver, on comprendra combien il est difficile que pendant un laps de temps aussi long, le malade livré à lui-même n'ait pas une défaillance qui le fera revenir à son

ancienne dose, ou du découragement qui lui fera abandonner tout traitement.

Il n'y a donc, comme séjour possible pour les morphinomanes, que la maison de santé. Tout le monde est d'accord sur ce point. Mais, où les opinions divergent c'est lorsqu'il s'agit de savoir dans quelle catégorie de maisons de santé on doit placer le malade.

Nous avons pour cela à notre disposition deux ordres bien distincts de maisons de santé :

1° Les maisons *ouvertes* ;

2° Les maisons *fermées*.

Elles présentent toutes des avantages et des inconvénients que nous allons présenter aussi succinctement que possible.

D'abord, elles ont toutes un inconvénient qui leur est commun, c'est qu'il n'est pas possible légalement d'y maintenir un morphinomane s'il réclame sa sortie. Il est bien certain qu'il n'y a pas à en tenir compte lorsqu'il manifeste cette volonté au milieu d'une période délirante développée par la suppression de la morphine.

Mais lorsque la phase d'excitation est apaisée et que le malade exprime de la façon la plus formelle le désir de ne pas continuer son traitement, on est bien obligé de lui ouvrir la porte.

Par conséquent la première condition, pour isoler un morphinomane, c'est qu'il y consente et qu'il accepte de suivre le traitement jusqu'au bout.

Pour remédier aux défaillances qui se produisent si souvent dans l'esprit et dans la volonté de ces malades, on leur fait quelquefois signer, à leur entrée, un engagement d'après lequel ils autorisent le directeur de l'établissement à les conserver sous sa direction jusqu'à la fin du traitement.

Cette pièce est destinée à mettre le directeur à l'abri de l'accusation de séquestration qui rencontre toujours un accueil si sympathique dans les milieux extra-médicaux. Mais, en admettant que l'on fasse usage

de cet engagement, arriverait-on au but que l'on poursuit, c'est-à-dire la guérison? Ce serait une grande illusion que de le croire. Au bout de huit à dix jours, quand le traitement de démorphinisation proprement dit serait terminé, il ne serait plus possible de maintenir le malade dans l'établissement, sous prétexte que pour consolider le traitement il lui faut encore six semaines de convalescence. Il faudrait donc le laisser partir. Or, dans ces conditions, aussitôt en liberté, le malade se précipitera sur sa seringue et rattrapera largement le temps perdu.

Nous conclurons donc que lorsqu'un morphinomane, en cours de traitement, et se trouvant dans une période où il est en possession de ses facultés, exige que le médecin cesse le traitement et le rende à sa famille, on est obligé d'accéder à son désir.

Cette considération nous dispense de discuter la question de l'internement des morphinomanes. Cette question a en effet fait verser beaucoup d'encre pour arriver à faire admettre la légalité de l'internement. Sans vouloir examiner à nouveau cette question de droit, nous dirons simplement qu'au point de vue pratique, elle n'a pas d'intérêt.

Qu'importe, en effet, qu'un morphinomane soit interné dans une maison d'aliénés, si au bout de huit à dix jours, c'est-à-dire quand la démorphinisation est achevée, il peut exiger sa sortie. Car il faut bien reconnaître qu'une fois démorphinisé, l'individu ne présente plus aucun trouble de quelque nature que ce soit et que par conséquent il faut le laisser sortir.

Alors, à quoi aura servi l'internement? Uniquement à faciliter le traitement de démorphinisation, en rendant la surveillance plus effective.

Aussi, à mon avis, on a mal posé la question en la plaçant sur le terrain du droit! Il nous semble bien plus logique de la placer sur le terrain clinique.

Nous dirons donc à ce point de vue *qu'il y a des mor-*

phinomanes qu'on doit interner et d'autres qu'on ne doit pas interner.

1° ***Morphinomanes justiciables de l'internement.*** — Nous avons vu qu'à une certaine période de l'intoxication, les troubles intellectuels étaient assez marqués. A ce moment le poison a supprimé chez eux toute espèce de libre arbitre ou de volonté. Ces malades touchent à la démence. On peut les considérer comme de véritables aliénés et leur séjour à l'asile est tout indiqué. J'en dirai autant des morphino-cocaïnomanes chez lesquels la cocaïne a déterminé une véritable folie toxique. Il en sera de même également des alcooliques et en général de tous ceux chez lesquels il y a une coexistence de plusieurs intoxications.

Nous avons vu en effet que, dans ces cas, les facultés intellectuelles sombraient le plus souvent.

Il y a donc là un très fort contingent de morphinomanes qui trouveront à l'asile d'aliénés le refuge qui leur convient et il n'est pas nécessaire de torturer des textes de lois pour démontrer qu'on a le droit de les y recevoir.

2° ***Morphinomanes qu'on ne doit pas interner.*** — Si l'on arrivait à vouloir interner tous les morphinomanes, il y aurait un grand nombre d'entre eux qui refuseraient systématiquement de se laisser soigner, et ils auraient raison. Pour beaucoup de gens, en effet, le séjour dans une maison d'aliénés est considéré comme une tare qui rejaillit sur toute la famille. Pour l'accepter, il faut y être obligé par la maladie. Or nous savons que le morphinomane peut rester des années entières avec la jouissance de ses facultés. Beaucoup d'entre eux occupent dans la société des situations souvent élevées. On en trouve surtout parmi les médecins, les avocats, les officiers, les gens du monde, les ministres même. Si jamais on proposait à tous ceux-là de les interner, on se heurterait à un refus formel. Cependant il faut bien essayer de les soigner.

Pour cela, le seul refuge est la maison *ouverte* avec tous les inconvénients qu'entraîne la liberté, mais aussi avec son avantage de ne pas entraîner avec elle la disqualification morale de l'individu.

Envisagée à ce point de vue, la question de l'isolement des morphinomanes peut recevoir la seule solution pratique qu'elle comporte.

Cela est si vrai du reste qu'en Allemagne, où cependant les malades sont bien plus dociles et bien plus malléables qu'en France, les établissements de morphinomanes tels que ceux d'Erlenmeyer, à Bendorf, etc., correspondent à ce que nous appelons, en France, des *Établissements hydrothérapiques*, c'est-à-dire des maisons de santé ouvertes et qu'il ne viendrait jamais à l'esprit de personne de conduire un morphinomane dans un asile d'aliénés, excepté dans les cas spéciaux que nous avons énumérés.

Nous conclurons donc en disant que les morphinomanes qui veulent se soumettre à un traitement de sevrage doivent être *isolés*, mais non *internés*.

PROPHYLAXIE

Les mesures prophylactiques peuvent avoir une grande importance pour arrêter le développement de la morphinomanie.

Il suffirait pour cela que les médecins et les pouvoirs publics réunissent leurs moyens d'action pour agir dans le même sens.

Nous avons vu, en effet, que le médecin était le seul coupable, en ce qui regardait le morphinisme thérapeutique. Aussi ne saurait-on trop appeler son attention sur le danger qu'il fait courir aux malades lorsqu'il leur fait des injections de morphine.

Loin de nous la pensée de vouloir supprimer ce moyen si précieux et qui rend tant de services.

Nous voulons simplement en réserver l'emploi à certains individus, à ceux qui sont exempts de tares nerveuses héréditaires. Pour tous les autres, tous ces dégénérés que nous avons signalés comme étant prédisposés à la morphinomanie par le fait seul de leur état héréditaire, on devra s'abstenir d'une façon absolue de leur faire des injections de morphine. On en a vu, en effet, à qui il suffisait de quelques injections pour devenir morphinomanes.

Dans la pratique gynécologique, il faut aussi observer une très grande circonspection à cet égard. Les organes pelviens sont, en effet, très fréquemment, le siège d'algies de toute nature. Bien souvent on a affaire à des sujets hystériques. Aussi devra-t-on agir à leur égard avec la même prudence que pour les dégénérés, car ce sont aussi des prédisposés chez lesquels l'appétence arrive très rapidement.

En dehors de la question de terrain morbide, qu'il devra étudier avec grand soin, le médecin devra aussi s'astreindre à certaines règles élémentaires, sur l'importance desquelles nous avons assez insisté.

Nous les rappellerons ici en quelques mots.

Il ne devra jamais laisser le malade ni quelqu'un de son entourage pratiquer une injection de morphine De même il ne devra jamais donner une ordonnance avec la mention « à renouveler ».

En délivrant une ordonnance toxique il aura soin de la signer lisiblement, afin d'éviter la fraude consistant dans la fabrication d'ordonnances fausses.

Nous avons dit aussi que les pharmaciens et les droguistes étaient des agents importants dans la propagation du morphinisme.

Il faudrait donc que des lois sévères viennent mettre obstacle à la vente des poisons comme elle est pratiquée.

Pour le pharmacien la loi existe. Pour le droguiste il n'en est pas de même et les vœux formulés par le

Congrès de médecine légale en 1889 sont encore à l'état de vœux, et il est probable qu'ils y resteront longtemps encore.

Il serait à désirer que l'on fît interdire la vente des seringues de Pravaz au public. Toutefois cette mesure nous paraît bien difficile à mettre à exécution.

Si cependant on voulait en poursuivre l'application d'une façon sérieuse, on arriverait à un excellent résultat, surtout si on combinait cette mesure avec celle de l'interdiction de la vente de la morphine par les droguistes.

Tant qu'on ne fera rien dans ce sens, la morphinomanie n'est pas près de diminuer.

On a proposé, pour mettre obstacle à la tendance qu'ont les morphinomanes à faire des prosélytes, de leur appliquer les articles suivants :

Art. 301. — Est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances pouvant donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées et quelles qu'en aient été les suites.

Art. 302. — Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide ou d'empoisonnement, sera puni de mort.

Si on appliquait cela à la lettre, ce serait un peu sévère.

Mais nous avons un autre article un peu plus doux :

Art. 317. — § iv. — Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant volontairement de quelque manière que ce soit des substances qui, sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de seize à cinq cents francs ; il pourra, de plus, être renvoyé sous la surveillance de la haute police pendant deux ans au moins et dix ans au plus.

En appliquant cet article on peut s'en tirer avec seize francs d'amende. A ce prix-là, il n'est pas un morphinomane qui hésite à continuer sa campagne de prosélytisme.

Il nous paraîtrait beaucoup plus pratique de laisser le Code pénal de côté, car les peines qu'il inflige sont ou trop insignifiantes ou alors beaucoup trop graves, en un mot, elles sont disproportionnées avec la nature du délit. A notre avis, il serait préférable de ne faire appel qu'au Code civil. Tout individu qui aurait sciemment entraîné d'autres personnes à se morphiniser, pourrait être actionné par ces personnes en paiement du dommage qu'il leur aurait causé en altérant leur santé. Il pourrait, en outre, être tenu de payer les frais de traitement nécessaire pour obtenir la démorphinisation de ses victimes. Cela serait d'autant plus logique que le tribunal de la Seine a rendu un jugement dans ce sens contre le pharmacien V.... qui, en délivrant de la morphine en énormes quantités à une de ses clientes, l'avait, de ce fait, sciemment morphinisée.

Ce pharmacien, en vendant de la morphine, jouait un rôle analogue à celui de l'individu qui fait des injections à un ami pour lui démontrer les délices de la morphine et l'entraîne ainsi à se morphiniser.

Il faudrait aussi que la loi autorisât les maisons de santé, ouvertes ou fermées, à garder les morphinomanes en traitement de suppression, quand même ils exigeraient leur sortie, en limitant cet internement à une période de dix à quinze jours. Ce serait évidemment une atteinte à la liberté individuelle, mais la loi en commet bien d'autres.

Elle aurait, dans ce cas, une excuse tout à fait valable, car nous savons que dans le cours d'un traitement de suppression, les morphinomanes n'ont ni volonté ni énergie, et que, lorsque les souffrances arrivent, ils refusent toujours de continuer le traite-

ment. Il est vrai que, presque toujours, on parvient à les faire revenir sur leur décision, mais il y en a qui persistent.

Enfin l'initiative privée devrait exercer son action pour la morphinomanie comme elle le fait pour l'alcoolisme. On a fondé une société contre l'abus du tabac dont les méfaits sont insignifiants à côté de ceux de la morphine. Il faudrait donc, par conséquent, fonder des sociétés de tempérance contre l'abus des poisons psychiques en général : morphine, éther, chloral, cocaïne, haschich, etc. En Angleterre, il existe déjà une société pour la suppression du commerce de l'opium (*Society for the suppression of the opium trade*).

En France, on pourrait utiliser la Ligue contre l'alcoolisme en y créant des sections appliquées à la lutte contre les autres poisons. Il suffirait pour cela que des hommes comme MM. Magnan, Motet, Laborde, qui luttent si vaillamment contre l'alcoolisme, eussent la bonne pensée d'étendre leur action moralisatrice aux autres poisons.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abbate-Pacha. — La morphinomanie en Égypte. Communication à l'Institut du Caire, séance du 9 mai 1884 (*Phare d'Alexandrie*, 10 mai 1884).

Abrahams. — Lead-poisoning and the morphine habit. — Report of a case (*Medical Record*, New York, 1894, XLVI, 599).

Achard. — Deux observations de morphinomanie (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 14 décembre 1894, 3e série, XI, 936).

Almén. — Fall af Morfinism (*Hygiea*, 1885, XLVIII, nº 12, et *Svenska läkaresällsk*, 1885, p. 282).

Alt (Konrad). — Untersuchungen ueber die Ausscheidung des subcutan-injicirten Morphium durch den Magen (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, XXVI, 560).

Altvater (Paul). — Die Morphium-Einspritzungen, in-8, 62 pages, Leipsick, Heuser 1884.

Amblard et **Grasset.** — Action convulsivante de la morphine chez les mammifères (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1881, XCIII, 973).

Andrews. — Report of two cases of morphia and cocaine habit (*Transact. New York medical Association*, 1886).

Anonymes (M. D.). — Painless cure for opium eating (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1876, XXXV, 98),

— (D. P.). — Cas de morphinisme (*Hospitals Tidende* 1877, IV, 17).

— (M. D.). — The personal experiences of an ex-opium habitué (*Medical Record*, New York, 1878, XIII, 399).

Anonymes (H.). — The abuse of morphia (*Guy's Hospital Gazette*, 1878, s. III, 130, et 1879, IV, 8).

— (E. B.). — Morphinomanie et Morphinisme — 200 francs de morphine par mois (*Paris Médical*, 1879-80, VI, 236, et *Union Médicale*, 1880, 3e série, XXIX, 72).

— De la responsabilité médicale dans un cas de morphinomanie rebelle (*Semaine médicale*, 1884, 501).

— The dangers of the cocaine habit. (*Medical Record*, New York, 1885, XXVIII, 603).

— (N. N.). — Brief an den Redacteur (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1886, p. 35).

— The cocaine habit (*Medical Record*, New York 1886, XXX, 578).

— Meine Heilung von Morphinismus (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, XXIV, 102).

— Morphinomania (*Journal of Inebriety*, 1891).

— Cocainism (*Journal of Inebriety*, 1891).

— Aventures galantes d'un médecin marié avec la femme d'un pharmacien son ami. — Vols au préjudice de la communauté commis par la femme du pharmacien, remises d'argent par elle à son amant le médecin, etc. (*Gazette des Tribunaux*, 1891, I, 116).

— De la morphinomanie, traitement par la suggestion hypnotique, guérison (*Pratique médicale*, Paris, 1891, V, 315).

— (W. W.). — Morphomania (*Alienist and Neurologist*, 1891, XII, 634).

— The Cure of the morphine Habit by sulphate of codeine (*New-York medical Journal*, 1893, LVII, 8).

— Thérapeutique du morphinisme (*Tribune médicale*, 1895, 39).

— (H. M.). — Langjähriger Morphiumgenuss als Beeinflussung des Willens und der Handlungen Morphiumkranker konstatirt wurde (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1895, n° 77, p. 874).

— La confession d'un cocaïnomane (analyse par Henry de Varigny) (*Revue des Revues*, 1895, XV, 513).

— (H.). — The Morphine habit and untruthfulness (*Medical Record*, New York, 1896, XLIX, 35).

— (Tout Paris). — Qui se morphine le plus (*Le Gaulois*, 30 octobre 1896).

— The untruthfulness of morphinomaniacs (*Medical Press and Circular*, 1896, CXI, 91).

— Morphinomania and suicide (*Lancet*, 1896, II, 279.

Anonyme. — La Morphinomanie en Chine (*Journal des Praticiens*, 1896, 2e série, II, 48).

Archambaud (Paul). — Les médecins morphinomanes (*Revue Médicale*, Paris, 1896, V, 363).

Arma Taro. — Cas de Morphinomanie (*Tokei Zasshi-Osaka*, 1881).

Atthill (Lombe). — Morphinism (Discussion à la Royal Academy of Medicine of Ireland, 15 novembre 1889, in *British medical Journal*, 1889, II, 1221).

Averbeck. — Die acuter Neurasthenie. Abschnitt B.

— Die allgemeine acute Neurasthenie bei plötzlicher Entziehung gewohnter, im Uebermaas als Genussmittel gebrauchter Gifte (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1886, n° 30, p. 326).

— Die Morphiumsucht. — Die acute Neurasthenie bei der plötzlichen Entziehung des Morphium und deren allgemeine Bedeutung für die Beurtheilung der Wirkung von Reiz-und Genuffsmitteln (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1887, pp. 421-433-443-453).

Azevedo (Isidoro Nogueira de). — Morfinomania (*Thèse de Lisbonne*, 1883).

Baccelli. — Cocainismo e Cocainomania (*Rivista di Fren*, 1893, et chapitre Morfio-cocainomania in *Trattato di Medicina* publié sous la direction de Morselli, tome VI, 3e partie, page 184, 1895).

Ball. — La morphinomanie (*Revue scientifique*, 1884, p. 15).

— Des lésions de la morphinomanie et de la présence de la morphine dans les viscères (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1887, XVIII, 526).

— La morphinomanie. In-18, 248 pages, 2e édition, Paris, Lefrançois, 1888.

— Cas de morphinomanie se terminant brusquement par la mort (*Annales méd.-psycholog.*, Paris, 1888, 7e série, VII, 82).

— L'abstinence de la morphine (*Bulletin médical*, 1890, 917).

— De la morphinomanie (*Bulletin médical*, 1890, 905).

— Les fonctions intellectuelles, morales et génitales chez les morphinomanes (*Revue de l'hypnotisme*, 1891, V, 146).

— De la cocaïno-morphinomanie (*Annales de Psychiâtrie et d'Hypnologie*, 1891, page 1).

— **et Jennings.** — Considérations sur le traitement de la

morphinomanie (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887, XVII, 373, et *Encéphale*, 1887, 295, et *Union médicale*, 1887, 3e série, XLIII, 504).

Ball et Jennings. — Sur certains caractères du pouls chez les morphinomanes (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1887, CIV, 864).

Banning. — Cucain in Morphinism (*British medical Journal*, 1885, II, 1112).

Barber. — Morphinism (*Quarterly Journal of Inebriety*, 1889, XI, 143, et *Neurologisches Centralblatt* 1889, VIII, 626).

Bauduy. — Physiological, pathological and clinical notes of hydrochlorate of cocaine with special reference to its use in melancholia (*Medical Times and Gazette*, 1885, n° 1842, p. 579, et *Medical Record*, New York, 1885, XXVII, 714).

Beale. — Secundo caso de pentaglicosuria, pentosuria in un morfinomane (*Revista di chimie terap.*, Naples, 1894, 118).

Beer. — Enorme Gleichgultigkeit gegen Morphium (*Preuss. medicinal Zeitung*, N. F., 1864, VII, n° 25).

Behr. — Ein seltener Fall von Morphiummissbrauch (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1894, XLIV, 1703, 1752).

Bentley. — Erythroxylon, coca in the opium and alcohol habits (*Therapeutic Gazette*, Detroit, 1880, I, 253).

Benton. — Coca in the opium habit (*Louisville medical News*, 1881, et *Therapeutic Gazette*, Detroit, 1881, II, 119).

Bérillon. — Le traitement psychothérapique de la morphinomanie (*Revue de l'hypnotisme*, 1892, 129).

— Traitement de la morphinomanie par la suggestion (*Congrès de Rome*, 1894).

— Le morphinomane est-il capable devant la loi? (*Société d'Hypnologie*, 15 nov. 1896, in *Médecine moderne*, 1896, VII, 712).

Bernabei. — Morphinomanie guérie au moyen de la duboisine (*Semaine médicale*, 8 janvier 1896, page VI).

Bernard (Claude). — Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie. In-8o, 536 pages, Paris, J.-B. Baillière, 1875.

Bernhuber. — Morphinismus und Transfusion (*Bayerliche ærztliche Intelligenz-Blat*, 1878, XXVI, 51, et *Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin*, 1878, p. 401).

Biggs (Hermann). — Morphinism and Glycosuria (Practitioners Society of New York, 1er nov. 1895, in *Medical Record*, 1895, XLVIII, 707).

Binz. — Ueber den arteriellen Druck bei Morphium Ver-

giftung (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1879, V, 615, 627).

Black. — Advantages of substituting the morphia habit for the incurable alcoholic (*Cincinnati Lancet Clinic*, 1889, XXII, 537).

Blanche. — Rapport sur un cas de morphinomanie (Affaire Fiquet) (*Annales médico-psychologiques*, sept. 1883, 6e série, X, 234).

Bloch (Maurice). — Hystérie, ataxie locomotrice, morphinomanie — Bons résultats de la suggestion hypnotique (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, p. 319, et tirage à part, in-16, Paris, 1890).

Boeck (von). — Intoxication mit Opium und Morphium in Chapitre Intoxicationen mit giftigen Pflanzen bestandtheilen (in Ziemssen, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, t. XV, p. 534).

Bojasinski. — Historique du morphinisme (*Medycyna Warszaska*, 1892, 70).

Bornemann. — Heilung eines Magengeschwüres unter der Morphiumentziehung (*Der praktische Arzt*, 1883, XXIV, no 6).

— Zur Cocainsucht (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1886, 71, 784).

Boulton (Percy). — On extraordinary morphia-case (*Lancet*, 1882, I, 343, 586).

Bourneville. — Observation de morphinomanie (*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, 93).

Boyd (Robert). — Treatment of the morphine habit (*Weekly medical Review*, 26 janv. 1895, XXXII, 64).

Braithwaite. — A case in which the hypodermic injection was suddenly discontinued after its use in a large dose for seven years (*Lancet*, 1878, II, 874).

Brazier. — Note sur un cas de morphinisme chronique par voie rectale (*Société de médecine du IXe Arrondissement*, in *Journal de médecine de Paris*, 1891, p. 346).

Brée. — Ein Fall von Morphinismus (*Wiener medicinische Wochenschrift*. 1877, XXVII, 797).

Brochin. — Morphinisme (Revue in *Gazette des hôpitaux*, 1877, 256).

Brock. — Tetanus associated with the morphine habit (*Virginia medical Monthly*, avril 1888).

Broers (Jan). — Alcoholisme, morphinisme, chloralisme op zich zelfen in verband met elkaar beschouwd (L'alcoo-

lisme, le morphinisme et le chloralisme considérés en eux-même et dans leurs rapports les uns avec les autres). (*Thèse inaugurale*, Leide, 1886.)

Broockmann. — Ueber, 1° Methyl-Morphinhydroxid, 2° Oxydimorphin (*Thèse inaugurale*, in-8, Göttingue, 32 pages, 1880).

Brooks. — The morphine habit (*Transactions Texas Medical Association*, Galveston, 1892, 128).

Brouardel. — Rapport sur un cas de morphinomanie avec vol à l'étalage (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1881, 3e série, VI, 272).

Brower. — The effects of cocaine on the central nervous system (*Journal american medical Association*, 1886, VI, 59).

Brug. — A case of unusual tolerance of sulphate of morphia (*Boston medical and surgical journal*, 1882, CVI, 128).

Bruneau. — Du passage de quelques médicaments dans les urines (*Thèse de pharmacie*, Paris, 1880).

Bühler. — Zwei Fälle von Cocainvergiftung (Ærztliche Gesellschaft des Stadt Luzern, 1er mai 1886, in — *Correspondenz-Blatt für schweizer Ærzte*, 1886, XVI, 608).

Burkart. — Die chronische Morphiumvergiftung in Folge subcutaner Morphiuminjectionen und deren Behandlung (30 pages, Max Cohen et fils, Bonn, 1877).

— Weitere Mittheilungen über die chronische Morphiumvergiftung in Folge subcutaner Morphiuminjectionen und deren Behandlung, 34 pages, Max Cohen et fils, Bonn, 1878.

— Ueber die Behandlungsmethode des chronischen Morphiumvergiftung (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1879, V, 499).

— Die Behandlung der chronischen Morphiumvergiftung (*Wiener medicinische Presse*, 1880, XXI, 704).

— Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch die allmähliche Entziehung des Morphium, in-8, Bonn, 1880, 184 pages.

— Weitere Mittheilungen ueber chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung, in-8, 74 pages, Bonn, 1880.

— Zur Pathologie der chronischen Morphiumvergiftung. Statistik (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1883, VIII, 33).

— Ueber Wesen und Behandlung chronischer Morphiumvergiftung (*Sammlung klinische Vorträge* de Volkmann, n° 237, Leipsick, 1884, 42 pages).

Bureau. — Accouchement d'une morphinomane. Preuve

chimique du passage de la morphine à travers le placenta (Société obstétricale et gynécologique, 11 juillet 1895, in *Journal de Médecine de Paris*, 1895, n° 42, page 595).

Bury. — On morphia-habit (*Medical Chronicle*, février 1881).

Busey. — Epileptic convulsions following sudden suspension of a long continued habit of opium eating (*Medical Times*, Philadelphie, 1876, VI, 319).

Calkins (Alonzo). — Opium and the opium appetite, in-8, Philadelphie, 1871.

Calvet. — Essai sur le morphinisme aigu et chronique (*Thèse de Paris*, 1876, n° 502).

— Etude expérimentale et clinique sur l'action physiologique de la morphine, Paris, 1877.

Cammerer. — Die Levinstein'sche Curmethode der Morphiumsucht (*Würtemberg ærztliche Correspondenzblatt*, 1877).

Capelli e **Brugia**. — Sulle variazioni locali del polso nel cervello e nell avambraccio dell' uomo per effetto di alcuni agenti terapeutici (*Archive italiane per le malattie nervose*, 1886, fasc. I).

Carson (J. C.). — Report of a case of the opium habit in an Idiot Boy (*The Alienist and Neurologist*, Saint-Louis, 1886, VII, 247).

Cass. — Another extraordinary morphia case (*Lancet*, 1882, 1, 503).

Chambard. — Les Morphinomanes, 1 vol. in-18, *Bibliothèque Charcot-Debove*, Paris, Rueff, 1892.

Charcot. — Morphinomanie, *Leçons du mardi*, 2 vol. in-8, Paris, Delahaye, 1888, t. II, p. 430.

Chassaignac. — Case of opium-habit cured by suddenly deprivation (*New Orleans medical and surg. journal*, 1881).

Chaulet. — Contribution à l'histoire du morphinisme (*Tribune médicale*, 1876, VIII, 453).

Chouppe. — Sur le mode d'action des injections de morphine (*Gazette médicale de Paris*, 1874, n° 51, p. 393).

— Morphinisme et cocaïne (*Bulletins de la Société de Biologie*, 1889, XLI, p. 81).

Christian. — Guérison d'un cas de morphinomanie chez un jeune homme par la suppression brusque (*Annales médico-psychologiques*, 1889, 7e série, IX, 142).

Clarke. — The sudden discontinuance of hypodermic injection of morphia after protracted use (*Lancet*, 1879, I, 70).

Clarke. — Treatment of the morphia-habit by suddenly discontidisnuing the drug (*Lancet*, 1884, II, 491).

Clouston. — Diseased cravings and paralysed control : dipsomania, morphinomania, chloralism : cocainism (*Edinburgh medical journal*, 1890, XXXV, 793).

Collain. — Contre le delirium tremens des morphinomanes (*Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 1897, V, 38).

Comanos. — Die Wirkung grosser Dosen von Cocain auf das Centrale Nervensystem (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1886, XXIII, 631).

Combes. — Altérations dentaires chez les morphinomanes (Lecture faite à l'Académie de Médecine le 28 avril 1885, in *Union médicale*, 1885, 3e série, XXXIX, 735).

Comby. — Morphinomanie datant de trois ans, guérison en vingt-cinq jours (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, XI, 292).

— Curabilité de la morphinomanie à l'hôpital. Morphinomanie conjugale (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, XI, 764).

— Cas de morphino-cocaïnomanie guéri par la suppression rapide (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, XI, 417).

Conklin (H.). — Treatment of the morphine habit (*Brooklyn medical journal*, 1892, VI, 40).

Core. — The Coca in the Opium habit (*Medical News*, Louisville, 1880, X, 2).

Cottel. — Morphinism, its prevention and cure (*American practitioner and News*, 1890, X, 355).

Cramer. — Rasche Heilung von Morphiumsucht (*Memorabilien*, 1887, VII, 147).

Crothers. — Some new studies of the opium disease (*Journal of the American medical Association*, 1892, XVIII, 227).

— The Pond will case — a medico legal Study (*Medical and surgical Reporter*, 1896, LXXV, 546).

Cutler. — Protracted lethargy after the use of Bromide of potassium by one having the morphia habit (*Boston med. and surg. journal*, 1884, CX, 248, 256).

Dalbanne. — Essai sur quelques accidents produits par la morphine (*Thèse de Paris*, 1877).

Dall'Acqua (E.). — Un caso di Morfiomania. Successione morbosa di tetano sperimentalmente dimostrato traumatico (*Gazzetta medica lombarda*, 1890, XLIX, 311).

Dana. — Delirium closely ressembling mania a potu following the free use of morphine (*Medical Record*, New York, 1884, XXVI, 64).

Debove. — Un médecin morphinomane (*Médecine moderne*, 19 juin 1895, p. 389).

Deering. — Traitement de la morphinomanie par la suppression brusque (*Thèse de Paris*, 1891, nº 10).

Déjerine. — Empoisonnement par la cocaïne chez un cocaïnomane (*Bulletins de la Société de Biologie*, 1887, XXXIX, 772).

— Sur un cas de paraplégie par névrites périphériques chez un ataxique morphinomane (*Bulletins de la Société de Biologie*, 1887, XXXIX, 137).

Descouts et **Lutaud.** — L'abus de la morphine (Rapport fait au Congrès de médecine légale, Paris, 1889, analysé in *Bulletin médical*, 1889, 105).

Desnos. — Observation (in *Thèse de Calvet*).

Desprès. — Des abcès gommeux du morphinisme (*Gazette des Hôpitaux*, 1882, LV, 1066).

Devay (voir GUINARD).

Diedrich. — Ueber Oxydimorphin und seine Wirkung auf den thierischen Organismus (*Thèse inaugurale*, Gottingue, 1883).

Dizard. — Etude sur le morphinisme et son traitement par la suppression totale et définitive des narcotiques et des boissons alcooliques, Genève, 1893.

Dœrnberger. — Zur Casuistik der Psychosen im Kindesalter (*Münchener mediciniscne Wochenschrift*, 7 juillet 1891, p. 470).

Donath (J.). — Das Schiksal des Morphins im Organismus (*Archiv für die gesammte Physiologie*, Bd 38, p. 528, et tirage à part).

Ducasse. — Contribution à l'étude de la morphine et de l'intoxication par cet alcaloïde, in-16, Montpellier, 1886.

Duflocq. — Cas de morphinomanie traité par la suppression rapide (*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, 1894, XI, 333).

Dujardin-Beaumetz. — De la tendance à la suppuration chez les morphinomanes (*Société de thérapeutique*, 8 janvier 1879).

Dumontpallier. — Observation in ZAMBACO.

Duncan (Th.). — Morphia-Habit (*Nashville med. and surg. journal*, 1885, p. 246).

Duquesnel et **Millot**. — La méco-narcéine contre le morphinisme (*Nouveaux remèdes*, 8 octobre 1892).

Earle (F. B.). — Maternal opium habit and infant mortality (*Medical Standard*, Chicago, 1888, III, 2, et *Cincinnati Lancet and Clinic*, 1887, XI, 21).

Eckhard. — Ueber den Morphiumdiabetes (*Beiträge zur Anatomie und Physiologie*, 1877, VII, Bd I, 2).

Eder (Albin). — Fall von chronischer Opiumvergiftung Vortrag in der Wissenschaftl. Plenarversammlung der Medicin Facultät zu Wien am 8 Aug. 1864, in *Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, 1864, n° 33, p. 646).

Eliassow. — Beiträge zur Lehre von dem Schicksal des Morphin im lebenden Organismus (*Thèse inaugurale*, Königsberg, 1882).

Eloy. — Morphinomanes, opiophages et fumeurs d'opium (*Union médicale*, 1885, 3e série, XL, 385).

Emmerich (Otto). — Die Behandlung des chronischen Morphinismus ohne Zwang und Qualen, Berlin, Steinitz.

— Ueber weitere Fortschritte in der Heilung des chronischen Morphinismus ohne Qualen (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1895, 537).

Engel. — Beiträge zur Kenntniss der Morphiumsucht and deren Behandlungwirkung der Tinctura avenæ sativæ (*Med. Chir. Correspondenz-Blatt für deutsche american Ærzte*, Buffalo, 1883, I, 105).

Erlenmeyer (Albrecht). — Abusus narcoticorum (Bericht über die Heilanstalt für Nervenkranke zu Bendorf am Rhein 1 october 1866 bis 30 sept. 1876). Neuwied, Heuser, 1877, 67 pages.

— Die Recidive der Morphiumsucht (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1879, II, 505).

— Morphiumsucht (Bericht ueber Einrichtung, Organisation und Leistungen der Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths und Nervenkranke zu Bendorf bei Koblenz von 1 jan. 1871 bis 31 dec. 1880, Statistische Mittheilungen), in-8, Leipsick, Böhme, 1881.

— Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Auf Grund-eigener Beobachtung und Erfahrung, in-8, 95 pages, Neuwied, 1883.

— 2e édition, 134 pages, 1883.

— 3e édition, 463 pages, 1887.

— Traduction anglaise, 129 pages in-12, Davis, Detroit, 1889.

— Zur Morphiummissbrauch (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1884, VII, 432).

Erlenmeyer (Albrecht). — Ueber die Wirkung des Cocain bei der Morphiumentziehung (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1885, VIII, 289).

— Ueber Cocainsucht. Vorläüfige Mittheilung (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1886, n° 44, p. 483).

— Considérations sur la Morphinomanie et son traitement (*Encéphale*, 1886, n° 6, 677).

— Atropin in Morphiumsucht (*Therapeutische Monatshefte*, 1894, p. 14, et *American journal of medical sciences*, 1894, CVII, 442).

— De la démorphinisation chimique (*Progrès médical*, 1896, 3e série, IV, 65).

Esenbeck. — Morphiumsucht (*Memorabilien*, 1877, XXII, 495).

Eskridge. — Report of cases of moral imbecility of the opium habit and of feigning in which forgery is the offence committed (Société médico-légale de Denver) (*Medical News*, 1893, LXII, 29).

Everts. — The Cocaine habit (*Medical and Surgical Reporter*, Philadelphie, 1885, LIII, 484).

Eulenburg. — Ueber differente Wirkung der Anæsthetica auf verschiedene Reflexphänomene (namentlich Sehnen reflexe) (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften*, 1881, XIX, 97).

Faratchor. — Altérations du système nerveux central dans le morphinisme (*Thèse*, Dorpat, 1894).

Féré. — Morphinisme et grossesse (*Bulletins de la Société de Biologie*, 20 octobre 1883, XXXV, 526, et *Semaine médicale*, 1883, p. 294, et *Progrès médical*, 1883, XI, 847).

— Contribution à l'histoire des hydarthroses intermittentes (observation de morphinomanie) (*Revue neurologique*, 1893, 565).

Féréol. — Abcès morphiniques pris pour du farcin (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1887, 3e série, IV, 493, et 1888, V, 1).

Ferrand. — Discussion sur la morphinomanie (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 2 mai 1890, 3e série, VII, 375, et 1894, XI, 398).

Fick. — Ueber die Blutdruckschwankungen im Herzventrikel bei Morphiumnarcose (Vortrag auf den V Congrès für innere Medicin 1886. — *Verhandlungen des Congresses*, p. 92).

Fiedler (A.). — Ueber den Missbrauch subcutaner Mor-

phiuminjectionen (*Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin.*, 1874, nos 27 et 28, p. 231 et 239).

Fiedler (A.). — Ueber Chronische Morphium-Intoxicationen in Folge von hypodermatischen Injections (Vortrag in der Gesellschaft für Natur-und Heilkunde zu Dresden 8 janvier 1876. *Jahresbericht der Gesellschaft*, octobre 1875 à juin 1876).

— Entgegnung (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1880, VI, 599).

Fischer (A.). — Ein Fall von Morphinismus (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1878, XXVIII, 1346).

Fischer (Louis). — The opium habit in children (*Medical Record*, New York, 1894, XLV, 197).

Fleming. — Clinical lecture on the treatment of the habit of opium-eating (*British medical journal*, 1868, I, 137).

Folet. — Morphinisme et morphinomanie (Communication à la Société de médecine du Nord, 27 avril 1878) (*Bulletin médical du Nord*, 1878, XVII, 197).

Foot. — On morphinism (*Dublin journal of medical sciences*, 1889, LXXXVIII, 457, analysé in *British medical journal*, 1889, II, 1221, et in *Bulletin médical*, 1889, p. 1540).

Frémont. — Essai sur les applications thérapeutiques du suc gastrique (observation de morphinomanie), in-8°, 24 pages, Vichy, Wallon, 1896.

Freud. — Ueber Coca, tirage à part de 25 pages du *Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1885.

Friedberger. — Observation sur l'action de la morphine chez le cheval analysée (in *Recueil de médecine vétérinaire*, 1878, 6e série, V, 478).

Fromme. — Die moderne Behandlung der Morphium Krankheit. (*Balneolog. Centralblatt*, Leipzick, 1890-91, I, 312, 325, 341, 357).

— The modern treatment of the morphine habit in Wood's M. et S. Monogr., in-8°. New York, 1891, XII, 177.

— Die Abstinenzcur beim Morphinismus mit Hülfe des Méco-Narcéiques (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, XXIX, 711).

Gaillard. — Traitement de la morphinomanie (*Thèse de Paris*, 1894-1895, n° 58).

Galezowski. — Observations d'amblyopie morphinique (in *Thèse Dalbanne*).

Gans. — Ein Fall von Morphinismus chronicus geheilt durch langsame Entziehung des Morphin (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1883, I, 219).

Garnier (Paul). — Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques causées par l'abstinence de la dose habituelle du poison: vol à l'étalage (*Annales d'hygiène*, 1886, XV, 302, et *Semaine médicale*, 1885, 303).

— De l'état mental et de la responsabilité pénale dans le morphinisme chronique (*Annales médico-psychologiques*, 1886, 7e serie, III, 351).

Gaudry. — Contribution à l'étude du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes (*Thèse de Paris*, 1886, n° 301).

— Du morphinisme chronique et de la responsabilité pénale chez les morphinomanes (*Encéphale*, 1888, p. 112).

Genser. — Einflus des Morphinismus auf die Gravidität (Vortrag in der Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden, 8 janvier 1876).

Georgantes. — Morphinomanie (*Galenos*, 1885, 25, 42, 54, 81, 205, 236) (en grec).

Gerber. — Ein Fall von Morphiumsucht (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1877, XXVII, 652).

Gerne. — Des usages et des abus de la morphine (*Concours médical*, 1882, IV, 450, 452).

Giannopoulos. — Morphinomanie (*Galenos*, 1892, 356) (en grec).

Gibbons. — Letheomania, the result of the hyppodermic injections of morphia (*Pacific medical and surgical journal*, San-Francisco, 1869-70, XII, 481, et *Oregon medical and surgical Reporter*, Salem, 1869-70, I, 207-14, et tirage à part).

Giles. — Chronic morphio-mania with two illustrative cases (*Medical Chronicle*, Manchester, 1888-89, IX, 221, 240).

Gilles de la Tourette. — Traitement de la morphinomanie; leçon faite à l'hôpital Cochin (*Bulletin de thérapeutique*, 1895, CXXIX, 221, et *Bulletin médical*, 1896, X, 975, 1047).

— et **Lagoudakis**. — Diminution et cessation de l'usage habituel de la morphine chez deux tabétiques traités par là suspension (*Archives de neurologie*, 1889, XVIII, 126).

Gittermann. — Beitrag zur Morphiumentziehung (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1891, XII, 121).

Godet. — Sur le morphinisme et la morphinomanie (Société médicale neuchateloise, in *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886, 448).

Goldschmidt. — Ueber eine Geburt bei einer morphiophagin (Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 11 no-

vembre 1879, et discussion in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1880, XVII; 70).

Gorodichze. — Morphinomanie thérapeutique datant de cinq ans. — Guérison par la suggestion hypnotique (*La Clinique française*, juin 1891, 198).

— Considérations médico-légales sur la séquestration des morphinomanes (*Revue de l'hypnotisme*, 1892, 215).

Gossmann. — Ueber chronischen Morphiummissbrauch (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1879, V, 431).

Grasset. — Traitement du morphinisme chronique et de la morphinomanie (*Semaine médicale*, 1885, 75).

Gray. — Coca in the Opium habit (*Therapeutic Gazette*, Detroit, 1881, II, 231).

Grellety. — De l'internement contre la morphinomanie (*Société de thérapeutique*, 8 mars 1893).

Grilli. — Il morfinismo (*Imparziale*, Florence, 1881, XXI, 166).

Grippo. — L'ambliopia da morfinismo cronico (*Riforma medica*, 1895, XI, 122, et tirage à part, Naples, 1895).

Groom. — A large dose of morphin (*Medical Record*, New York, 1894, XLVI, 340).

Groussin. — Dangers que courent les morphinomanes (*Société médico-pratique*, 23 mars 1891, et *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1891, 269).

Gscheidlen. — Untersuchungen an den physiolog. Laborator-in Würzburg, II, 1. Leipzig, 1869.

Guibert. — Observation de morphinomanie chez une hystérique (in *Thèse de Neveu-Derotrie*, 1890).

Guimbail. — Crimes et délits commis par les morphinomanes (*Annales d'hygiène*, Paris, 1891, XXV, 481).

— Les morphinomanes, 1 vol in-12, 312 pages, Paris, J. B. Baillière, 1892.

— La morphinomanie et les agents physiques (*La thérapeutique nouvelle par les agents physiques et naturels*, 1896, n° 8, page 3).

Guinard. — Étude du morphinisme aigu et chronique chez le chat (*Lyon médical*, 1891, LXVII, 522).

— Étude de physiologie comparée sur le morphinisme; action de la morphine sur la chèvre et le mouton (*Province méd.*, Lyon, 1893, 133).

— La pression artérielle chez les morphinisés (*Presse médicale*, 1895, CIII, et *Société de Biologie*, 1895, XII, page 551).

— et **Devay.** — Observation d'un cas de morphinisme

chronique chez un chien (*Journal de médecine vétérinaire et de zootechnie*, Lyon, 1894, 261, et *Province médicale*, 1894, 207, 217).

Güntz. — Ueber Morphinismus (*Memorabilien*, 1889, XXIV, 434).

Guyot. — Discussion sur la morphinomanie (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1890, VII, 375).

Hager. — Zur Prüfung des Harns auf Zucker, Eiweiss und Morphin (*Pharmaceutical Zeitung*, 1886, n° 31).

Haig. — The influence of opium and morphine on uric acid considered with reference to their action in health and disease (*British medical journal*, 1889, II, 1209).

— Albuminuria as the result of the Morphia habit (*Lancet*, 1890, I, 1273).

Hallez. — Un morphinomane devant les tribunaux (*Bulletin medical du Nord*, 1879, XVIII, 116).

Hallin. — De l'abus des injections de morphine (en suédois) (*Hygica*, 1875, 67).

Hamlin. — Opium habit (*Medical Gazette*, New York, 1882, IX, 426).

Hammond. — Traité des maladies nerveuses, traduction Labadie-Lagrave, Paris, J.-B. Baillière, 1879.

— Cure of morphia habit (*Denver medical times*, 1892, 34).

Happel. — Morphinism in its relations to the sexual fonctions and appetite and its effect on the offspring of the users of the drug (*Transactions medical Society of Tennessee*, Chattanooga, 1892, 162).

— On morphia habit (*Medical and Surgical Reporter*, Philadelphie, 10 sept. 1892).

Harrington. — Case of enteritis complicated with the morphia habit (*Physician and Surg. Ann. Arbor*, Michigan, 1884, VI, 20).

Haupt. — Ein Fall von Cocainsucht bei einem Kinde (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1886, 825).

Heimann. — Cocain in der Psychiatrie (Vortrag in der section fur Neurologie auf der Naturforscherversammlung in Berlin, 22 sept. 1886, *Tageblatt*, p. 316).

— Epilepsie als Abstinenzerscheinung bei Morphiumentziehung (*Neurologisches Centralblatt*, 1894, XIII, 496).

Heymann. — Ueber Intoxication durch Cocain (Vortrag in der berliner med. Gesellschaft, 4 nov. 1885, in *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1885, VIII, 525).

Hinkley (Livingston S.). — A remarquable case of the

excessive use of morphine (*New York medical Journal*, 1884, XXXIX, 354).

Hirschberg. — Ein Fall von Morphinismus (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, XIV, 175).

Hitzig (E.). — Morphium, Abstinenzerscheinungen und Magen (Berliner Gesellschaft für Psychiatrie, 14 nov. 1892, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, XXIX, 1237).

Hochstetter. — Ein Fall von Morphinismus mit Chorea in der Abstinenzperiode (*Thèse de Berlin*, 1894, 32 pages).

Hodée. — Causes, prophylaxie et traitement de la morphinomanie (*Thèse de Paris*, 1895, n° 312).

Hoestermann. — Ueber Cocainismus (Société psychiatrique de la province rhénane, 16 novembre 1887, analysé in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1889, XLV, 256, et in *Archives de Neurologie*, 1888, XVI, 464).

Huchard. — L'albuminurie des morphinomanes et l'action de la morphine sur la tension artérielle (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1890, VII, 397).

Hughes. — The opium psychoneurosis (*Alienist and neurologist*, 1886, VII, 123, et *Annales médico-psychologiques*, 1889, 7e série, IX, 328).

Hunter. — Hypodermic administration of certain medicines (*The Lancet*, 1865, I, 653).

Hurd. — Cure of the Morphine habit (*Medical Age*, Detroit, 1892, X, 97).

Ihlow. — Ueber Morphio-Cocainismus und hallucinatorische Cocain-Paranoia (*Thèse de Berlin*, 1895).

Ilberg (Georg.). — Die intoxikatorische Form des hallucinatorischen Wahnsinns (Versammlung des sudwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe, 5 nov. 1892, in *Neurologisches Centralblatt*, 1892, XI, 798).

Ingals (Fletcher). — Danger from the hypodermic injection of morphia (*Chicago medical journal and Examiner*, 1878, XXXVI, 491).

Jablonowski. — Morphinisme (*Przegl. lek. Krakow*, 1883, XXI, 465).

Jackson (A. W.). — Treatment of the opium habit (*Medical Record*, New York, 1883, XXIV, 364).

Jacquet. — De quelques accidents produits par l'abus de la morphine (*Thèse de Paris*, 1882, n° 176).

Jæckel. — Zur Behandlung der Morphiumsucht mittelst Cocain (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1885, VI, 913).

Jammes. — Quelques cas de morphinomanie chez les animaux (*Académie des Sciences*, 1887, CIV, 1195).

Jennings (O.). — On the relief of the morphia craving by sparteine and nitro-glycerine (*Lancet*, 1887, I, 1278).

— Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie (*Encéphale*, 1887, VII, 198).

— Le pouls chez les morphinomanes (J. B. Baillière, 1887).

— Sur l'arrêt du besoin de la morphine par la nitro-glycérine associée à la spartéine (*Société médicale de l'Élysée*, 6 juin 1887, in *Tribune médicale*, 1887, XVIII, 303).

— Sur l'état du sens génital chez les morphinomanes (*Encéphale*, 1887, VII, 220).

— Treatment of the Morphia habit, in-18, 106 pages, Londres, 1890.

— Morphinomania (*Medical Annual*, Londres, 1894, 421).

— et **Ball**. — Sur certains caractères du pouls chez les morphinomanes (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1887, CIV, 864).

— Considérations sur le traitement de la morphinomanie (*Encéphale*, 1887, 295, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887, XVII, 373, et *Union médicale*, 1887, 3e série, XLIII, 504).

Johansen. — E Tifœlde of Kronisk Morphinismus behandlet med hypnotisme (cas de morphinisme chronique traité par l'hypnotisme) (*Ugeskrift hæger*, Copenhague, 1887, XVI, 1-6).

Johnston. — The cure of Morphia habit (*Texas medical journal*, 1891-92, p. 321).

Jolly. — (Observation in *Thèse* Straub, et in *Thèse* Hochstetter.)

Jones (Macnaughton). — The dangers of Morphia in gynæcological practice (*Medical Press and Circular*, 1895, CX, 319, et *British medical journal*, 1895, I, 756).

Josselyn. — An analysis of twelve cases of the Morphia habit (*Medical Register*, Philadelphie, 1887, p. 195).

Jouet (Daniel). — Étude sur le morphinisme chronique (*Thèse de Paris*, 1883, n° 41).

Juhel-Rénoy. — Discussion sur la morphinomanie (*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, 1890, VII, 373).

Kaan. — Moralische depravation in ethischer und sexueller Sphäre bei chronischen Morphinismus (*Internationale klinische Rundschau*, 1891, V, 462, 509).

Kaczorowski. — Traitement du morphinisme (*Medycyna*, 1887, p. 457, nos 28 et 29, et *Medical News*, 4 août 1888, II, 128).

Kane (H.-H.). — Rapid and easy cure of a case of mor-

phine habit of twelve years standing (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1881, XLIV, 649, et *New Orleans medical journal*, 1881, IX, 103).

Kane (H.-H.). — A case of opium smoking and morphine taking (*Saint Louis clinical Record*, 1881-82, VIII, 81).

— Drugs that enslave. The opium, chloral and haschich habits, in-12, Philadelphie, 1881.

— Avena sativa as a specific for the opium habit (*Medical Gazette*, New York, 1882, IX, 232).

— Some medico-legal aspects of morphia taking with special reference to the « Lamson case » (*Alienist and Neurologist*, 1882, III, 419).

Kapf. — Chronische Morphiumvergiftung am eigene Körper beobachtet (*Würtemberg med. Correspondenz-Blatt*, 1876).

Kauzmann. — Beiträge für gerichtlich-chemischen Nachweis des Morphin's und Narcotin's in thierischen Flussigkeiten und Geveben (*Thèse inaugurale*, 95 pages, Dorpat, 1868).

Keeley (L.-E.). — The morphine eater; or from bondage to freedom; the opium, morphine and kindred habits, in-8°, Dwight, 1881.

Kennedy. — Amount of morphine taken by habitués (*Medical Record*, New York, 1895, XLVII, 648).

Kerr. — Criminal responsibility in narcomania (*Times and Register*, Philadelphie, 1889, V, 751).

Kinnicutt. — Opium and the temperature (*Medical Record*, New York, 1895, XLVIII, 708).

Kirn. — Ueber Chloral-Psychosen (Vortrag auf der Freidburger Naturforscher Versammlung gehalten in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1883, XX, 721).

Kisch (H.). — Morphin-injectionen zu 10 gran täglich (*Deustche Zeitschrift für praktische Medicin*, 1877, 266).

Kjelberg. — Cas de morphinisme (*Hygiea*, 4 avril 1877, 76).

Kobert (R.). — Ein Fall von Morphiumvergiftung (*Allgemeine med. central Zeitung*, 1880, XLIX, 85).

Kochs. — Atropin bei Morphinismus (*Therapeutische Monatshefte*, 1893, VII, 539).

Kormann (E.). — Unschädlichkeit von subcutanen Morphium Injectionen in der Schwangerschaft einer Morphiophagin. Geburt eines gesunden, noch jetzt lebenden Kindes (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1877, II, 356).

Kornfeld. — Morphinomanie et permanganate de potasse (*Memorabilien*, 5 août 1896).

Kowalewski. — Études sur la morphinomanie (*Vestnik. bosh. hig. sudeb. i prakt. med.*, Saint-Pétersbourg, 1893, 85).

Krafft Ebing (von). — Lehrbuch der Psychiatrie (2e édition, Stuttgard, 1883, p. 79, 296).

Krage (W.). — Zum chronischen Morphiummissbrauch (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1879, V, 487).

Kunz. — Morphiumsucht und Morphinismus (*Bayerliche ærztliche Intelligenz-Blatt*, 1876, XXIII, 41).

— Die Morphiumsucht vor Gericht (*Bayerliche ærztliche Intelligenz-Blatt*, 1880, XXVII, 25).

Kunze. — Zur Prioritätsfrage des Morphismus (*Deutsche Zeitschrift für praktische medicine*, 1876, 100).

Laborde. — Action de la morphine sur la rétine dans le cas de morphinisme chronique (*Gazette des Hôp.*, 1877, p. 45).

— Observation in *Thèse Calvet.*

— et **Calvet.** — Étude expérimentale et clinique des effets physiologiques de la morphine à l'état aigu et chronique (*Tribune médicale*, 1876, VIII, 530, 552, et 1877, IX, 29, 40, 64, 118, 135, 161).

Laehr. — Ueber Missbrauch mit Morphium-Injectionen (Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin, 15 juin 1871, in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1872, XXVIII, 349).

Lama. — Delicate reaction for morphine (*Apothek. Zeitung* et *Journal american medical Association*, 1895, XXIV, 175).

Lamal. — Histoire physique et chimique de la morphine (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1888, 4e série, II, 639).

Lamm. — Morphinisme (en suédois) (*Hygiea*, 1877, XI, 4).

Lamphear. — Treatment of the Morphine habit (*Journal american medical Association*, 1890, XIV, 648).

Lancereaux. — Du morphinisme (*Semaine médicale*, 1884, p. 233, et *Union médicale*, 1887, p. 61, 74).

Landowski (Paul). — La Morphiomanie et le morphinisme (*Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, la Rochelle, 1882, p. 695, et *Journal de thérapeutique*, 1882, IX, 164, et *Semaine médicale*, 1882, 13).

Landsberg. — Untersuchungen ueber das Schicksal des Morphin im lebenden Organismus (*Pfluger's Archiv*, 1880, XXIII, nos 9, 10).

Lange. — Der chronische Morphinismus und seine Heilung durch die allmähliche Entziehungs Cur, in-8, 31 pages, Halle, 1888.

Langer. — Morphinismus (*Med. Iahrbuch*, Vienne, 1881, XI, 480).

Lecerf. — Symptomatologie de la morphinomanie (*Thèse de Paris*, 1894-1895, n° 421).

Lefèvre. — De l'internement des morphinomanes (*Annales d'hypnologie et de psychiatrie*, mars 1891, 88).

— Prophylaxie de la morphinomanie (*Annales d'hypnologie et de psychiatrie*, 1892, 225).

Leidesdorf. — Die Morphiumsucht (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1876, XXVI, 617, 647).

Leppmann. — Ueber Morphinismus (Vortrag im schlesischen irrenärztlichen Verein zu Breslau, 26 nov. 1882, in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1883, XXXIX, n° 6, et *Breslauer ærztliche Zeitschrift*, 1883, et *Archives de Neurologie*, 1883, VI, 154).

Lett. — The Opium habit and its treatment (*Canada Practitioner*, Toronto, 1884, IX, 301, et *Allgemeine Wiener medicinal Zeitung*, 1884, XXIX, 789).

— Treatment of the opium neurosis (*Journal American medical Association*, 1891, XVII, 791).

Levin. — Les morphinomanes sont-ils légalement responsables? (en suédois) (*Eira*, 1883, n° 18).

Levinstein (Edouard). — Die Morphiumsucht (Vortrag auf der Naturforscher Versammlung zu Graaz am 19 september 1875, in *Tageblatt der Versammlung*, p. 66).

— Ueber Morphiumsucht (Vortrag in der Berliner medicin. Gesellschaft am 21 october 1875, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1875, XII, 646).

— Traduction française par L. H. Petit (*Bulletin général de thérapeutique*, 1876, XC, 348) et par Wehenkel, in *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, Bruxelles, 1876, LXII, 37.

— Traduction anglaise, in *London Medical Record*, 15 février 1876, p. 55.

— Zur Morphiumsucht (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1876, XIII, 183).

— Traduction française par Wehénkel, in *Journal de médecine, de chirurgic et de pharmacologie*, Bruxelles, 1876, LXII, 307.

— Die Morphiumsucht, eine monographie nach eigenen

Beobachtungen, in-8, 160 pages, Berlin, 1877. — Traduction française, Paris, Masson, 1878.

— 2e édition in-8, 239 pages, Berlin, 1880.

— 3e édition (posthume), in-8, 242 pages, Berlin, 1883.

Levinstein (Edouard). — Weitere Beiträge zur Pathologie der Morphiumsucht und der acuten Morphiumvergiftung (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, XIV, 69).

— Zur Pathologie, Therapie, Statistik, Prognose und gerichts ærztlichen Bedeutung der Morphiumsucht (Société médicale de Berlin, 22 octobre 1879, et Discussion, 29 octobre, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1880, XVII, 73, 689, et *Allgemeine med. Central Zeitung*, 1879, n° 27, et *Saint-Louis Courier Medical*, 1880, XVII, 73).

Levinstein (Willibald). — Sehstörungen in Folge chronischen Gebrauchs von Chloral, Morphium und Nicotin; deux observations prises à la maison de santé de Schöneberg (*Thèse inaugurale*, soutenue à l'Université Frédéric-Wilhem à Berlin le 21 juin 1883).

— Frühzeitige Atrophie des gesammten Genitalapparates in einem Fall von Morphiummissbrauch (*Centrablatt für Gynäkologie*, 1887, XI, 633 et 841).

— Die Therapie der Reconvalescenz nach Morphium und Cocain Entziehungen (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1888, XIV, 715).

Lewin (L.). — Ueber Morphiumintoxicationen (*Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin*, 1874, 240).

— Coca gebraucht gegen die Morphiumsuch (Referat) (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, XXII, 321).

— Article Morphinismus (in *Real-Encyclopædie der gesammten Heilkunde*, par A. Eulenburg, Vienne et Leipsick, 1888, XIII, 500).

Libersohn. — Anatomie pathologique des organes génitaux de la femme dans la morphinomanie (*Vratch*, 1894, XV, 436, 465).

Lindenberger. — Treatment of morphia habit by codeia (*Medical News*, Philadelphie, 1885, XLVII, 219).

Little (James). — A remarkable case of morphine tolerance by an infant (*American journal of obstetrics*, 1878, p. 374, et *Medical Record*, New York, 1878, XIII, 518).

Little (John Fletcher). — The habit of Morphia-Taking (*Lancet*, 1885, II, 744).

Löbel. — Bericht der K. K. Krankenanstalt Rudolphsstiftung de 1867 à 1868, in-8, Vienne, 314 pages.

Lond (M. B.). — Abuse of morphia (*Lancet*, 1877, I, 783).

Loose. — Ueber den Missbrauch von Morphium und Chloralhydrat (Niedersachsicher Ærztevereinsbund. 3e Hauptversammlung Bremen, 1er juin 1878).

— Traduction anglaise par Kane sous le titre :

The rapid spread of the morphia habit (by subcutaneous injection) in Germany. A village of morphia takers (*Maryland medical journal*, 1881, VIII, 337).

Love. — The Cocaine habit (Saint-Louis medical Society, 19 décembre 1885, in *Saint-Louis medical and surgical journal*, 1er janvier 1886).

Loveland. — Morphia habit (*Boston medical and surgical journal*, 1881, CIV, 301).

Lunier. — Des vols aux étalages et dans les magasins. Cas de morphinisme (*Annales d'hygiène*, 3e série, 1884, VI, 164).

Lussana. — Un caso di morfinismo chronico, et relative questioni proposte *Rivista di chim. med. e farmac.*, Turin, 1884, II, 446).

Lutaud. — Des troubles fonctionnels de l'utérus dans la morphinomanie (*Union médicale*, 1887, 3e série, XLIII, 984; *Arch. de Tocologie*, 1887, XIV, 643).

— Le traitement rapide de la Morphinomanie (*Journal de médecine de Paris*, 1896, 2e série, VIII, 580).

— et **Descouts.** — Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine (*France médicale*, 1889, II, 1421; — *Congrès de méd. légale*, 1889, et *Gazette des Hôpitaux*, 1889, LXII, 1640).

Luys. — Cas de morphinomanie guérie par les injections de phosphate de soude (*Journal de médecine de Paris*, 1895, 2e série, VII, 107, et *Annales de Psychiatrie*, février 1895, p. 62.

Lyman. — Morphia habit (*Rec. Boston Soc. M. improved*, 1880, VII, 106).

Mac Farland. — Opium inebriety and the hypodermic syringe (*Transactions medical Society New York*, Albany, 1877, 289).

Mac Lean (Malcolm). — Susceptibility to morphinism (*Medical Record*, New York, 1895, XLVIII, 674).

Mac Rae. — The opium habit (*Saint-Louis Courier of Medicine*, 1883, IX, 319).

Magelvoort. — La recherche de la morphine (*American journal of pharmacy*, juillet 1896).

Magnan. — Discussion sur le Cocaïnisme (*Annales médico-psychologiques*, 1889, 7e série, IX, 64).

Magnan et **Saury**. — Trois cas de cocaïnisme chronique (*Bulletins de la Société de Biologie*, 1889, XLI, 60).

Malécot. — Observation in *Thèse Jacquet*.

Malmsten. — Morphinisme (*Hygiea*, 1877, XL, n° 4, et *Svenska läkaresällska*, avril 1877, 75), en suédois.

Mann. — The opium habit (*Journal of nervous and mental diseases*, juillet 1881).

— Albuminuria associated with habitual use of morphia (*Chicago medical journal*, 1884).

— Relation between opium habit and the nervous constitution (*Virginia medical monthly*, janvier 1884, et *Bulletin de thérapeutique*, 1884, CVI, 313).

— On the use of cocaine in the opium habit (*Alienist and Neurologist*, 1886, VII, 51, et *Saint-Louis Courier of Medicine*, 1886).

— On the nervous and mental deterioration produced by the opium habit in the richer classes (*Medical Bulletin*, Philadelphie, 1886, II, 13).

— On the treatment of the disease of Inebriety and the morphine habit with clinical cases (*Brooklyn medical journal*, 1888, 1299).

— The nature and treatment of the morphia habit (*Montreal medical journal*, 1894, XXIII, 1-6).

— On a new and important plan of treatment for narcotic habitués (*Times and Register*, Philadelphie, 1895, XXX, 41).

— Relation between the disease of Inebriety and the morphine habit and testamentary capacity (*Times and Register*, Philadelphie, 4 janvier 1896, XXX, 41).

Marandon de Montyel. — De la morphinomanie dans ses rapports avec la médecine légale. — Affaire des époux Fiquet (*Encéphale*, 1883, 667).

— Contribution à l'étude de la morphinomanie (*Annales médico-psychologiques*, 1885, 7° série, I, 45, et *Encéphale*, 1885, 168).

Marcus. — Ueber 6 jährigen Gebrauch enormer Dosen von Morphium (*Jahresbericht ü. d. Verwalt d. Med. wes. d. Krankenhauses, d. Stadt Frankfort*, 1871-1872, XV, 260).

Marie. — Etiologie de la morphinomanie (*Union médicale*, 1894, 870).

Marmé. — Ueber die sog. Abstinenzerscheinungen bei Morphinisten (*Centralblatt fur klinische Medicin*, 1883, V, 241).

Marmé. — Untersuchungen zur acuten und chronischen Morphium-vergiftung (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1883, IX, 197).

— Toxicologische Untersuchungen aus dem pharmacologischen Institute zu Göttingen, I. Zum Nachweise des Morphins (*Pharmaceutical Zeitung*, 1883, nos 42, 44, et *Virchow's Archiv*, 1885, 2, 10, et *Jahresbericht ueber Pharmacognosie*, 1885, 513).

Marot. — Morphinomanie et suggestion; guérison datant de trois ans et demi (*Revue de l'hypnotisme*, 1892, 233).

Marsh. — Humane treatment of morphinism (*Medical Record*, New York, 1894, XLV, 122).

Marta. — Morfinismo e gravidanza (*Rivista veneta delle scienze mediche*, 1888, IX, 332, 433).

Martin. — The opium habit (*Medical Times*, Philadelphie, 1874, IV, 115, 231).

Martin (E.). — Les abus de l'opium, morphinomanie, opiophagie, fumage (*Revue scientifique*, 1892, I, 75).

— La morphinomanie en Chine (*Journal d'hygiène*, 1896, XXI, 290).

Mattei. — Quelques réflexions sur l'abus de la morphine, Montpellier, 1862.

Mattison (J. B.). — A remarkable case of hypodermic Morphia (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1872).

— Opium Intoxication (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1874).

— Successful management of an opium habit morphia hypodermically of nearly seven year's duration (*Medical Record*, New York, 1875, X, 248).

— The impending danger (*Medical Record*, New York, 1876, XI, 69).

— Opium Inebriety (*Medical Record*, New York, 1876, XI, 793).

— An extraordinary case of opium Inebriety (*Medical Record*, New York, 1877, XII, 239).

— The responsability of the Profession in the production of opium inebriety (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1878, XXXVIII, 101).

— Clinical notes on opium habituation (*Medical Record*, N. Y. 1878, XIV, 66).

— A new method of treatment in opium Inebriety (*Quarterly journal of Inebriety*, Hartford, 1878-79, III, 147).

— Chloral Inebriety (*Proceedings King's College Society*, 1879).

Mattison (J. B.). — Clinical notes on opium addiction (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 1883).

— Opium addiction among medical men (*Medical Record*, New York, 1883, XXIII, 621).

— Neurotic Pyrexia with special reference to opium addiction (*New England Medical Monthly*, Newtown, 1882-83, II, 407).

— The Curability of opium addiction (*Journal of Inebriety*, 1883, V, 252).

— The treatment of opium addiction (*Saint-Louis Courier of medicine*, 1883, IX, 505; et 1884, XII, 489).

— Personal Narrative of opium addiction (*Medical Gazette*, New York, 1883, XI, 315).

— A somewhat unusual Case of opium addiction (*Southern Clinic*, Richmond, 1883, VI, 267).

— The genesis of opium addiction (*American Lancet*, Detroit, 1883-84, VII, 305).

— The Prevention of opium addiction (*Louisville medical News*, 1884, XVII, 113).

— A curious case of opium addiction (*Maryland medical journal*, Baltimore, 1883-84, X, 849).

— Double Narcotic Addiction : Alcohol and Opium; Dementia, Recovery (*Canada Lancet*, Toronto, 1884-85, XVII, 101, et *Medical News*, Philadelphie, XLVI, 321.

— The Prevention of opium addiction with special reference to the value of galvanism for relief of neuralgic pains (*Boston medical and surgical journal*, 1885, CXII, 442).

— Avena sativa in the treatment of opium Addiction; a therapeutical Fraude, a Delusion and a Snare (*Medical Bulletin*, Philadelphie, 1885, VII, 308).

— The treatment of opium addiction (*Canadian Practitioner*, 1885, et brochure Putnam et fils, New York).

— « Opium Antidotes » and their Vendors (*Journal American medical Association*, 1886, VII, 568).

— The Need of an Asylum for Narcotic habitués (*The Doctor*, 1887).

— The Ethics of opium habitués (*Medical and surgical Reporter*, 1888, LXIX, 296, et *Brooklyn medical journal*, 1888, II, 125).

— Cocaine Dosage and Cocaine addiction (*Lancet*, Londres, 1887, I, 1024).

— L'intoxication par la cocaïne, analysé in *Tribune médicale*, 1888, XIX, 2.

Mattison (J. B.) — The treatment of morphine Disease (*Therapeutic Gazette*, 1890, 3e série, VI, 599).

— The Renal status of opium habitués (*Times and Register*, Philadelphie, 1890, XXI, 541).

— Opium addiction as related to life insurance (*The Doctor*, 1890).

— Triple narcotic Addiction: morphine, cocaine, rum, recovery (*Times and Register*, Philadelphie, 1890, XXI, 504).

— Hypnal. — The New Nervine. Use in Morphine habitués (*Medical Record*, New York, 1891, XXXIX, 8).

— New and Improved Galvanic and Faradic Batteries with new and Improved Electrodes, in the treatment of Narcotic habitués (*Weekly medical Review*, 1891, XXIV, 25).

— The Prevention of morphinism a therapeutic Revolution; Codeine, and Narceine with Morphine (*Canada Lancet*, 1891).

— Codeine in the treatment of Morphine Disease (*American Therapist*, 1892).

— The Curability of Narcotic Inebriety (*Cleveland medical journal*, 1892).

— Cocaine Inebriety (*Medical Record*, New York, 1892, XLII, 474).

— Twenty seven Years Addiction to Opium (*New England medical journal*, 1893).

— A curious case of opium addiction. — Morphia by nose (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1890, LXIII, 672-674).

— Trional, the new Hypnotic, its use in Narcotic habitués (*Medical News*, 1893, I, 487).

— The Modern and humane Treatment of Morphine Disease (*Medical Record*, New York, 1893, XLIV, 804).

— The Mattison method in Morphinism (*Universal journal*, 1893).

— Morphine Addiction at Three score and ten, Recovery, brochure, New York, 1894.

— Two peculiar cases of Morphinism, a medico-legal study, brochure, New York, 1894.

— Coca and Cocaine in the treatment of Morphine Disease, brochure, New York, 1894.

— Habit of Disease, brochure, New York, 1894.

— Hereditary and Congenital Morphinism, New York, 1894.

— The Diagnosis of Morphin Disease, New York, 1894.

Mattison (J. B.). — Clinical Notes on the Morphine Disease, New York, 1894.

— Morphinism in Medical Men (*Journal american medical Association*, 1894, XXIII, 186, et tirage à part).

— Morphinism in Women, New York, 1894.

— Morphinism in Children, New York, 1894.

— The medico-legal status of Opium habitués, New York, 1894.

— The post active treatment of Narcotic habitués, New York, 1894.

— Morphin-Cocainism, brochure, New York, 1895.

— Morphinism in the Old (New York, Academy of medicine, 15 octobre 1895, in *Medical Record*, New York, 26 octobre 1895, XLVIII, 607).

— Morphinism in Women (New York, Academy of medicine, janvier 1896, in *Eclectic medical journal*, Cincinnati, février 1896, LVI, 90).

— The diagnosis of the morphine disease (*Medical Record*, New York, 1896, L, 268).

Mayet.. — Physiologie comparée du morphinisme (Discussion à la Société des Sciences médicales de Lyon, 22 mars 1884, in *Province médicale*, 25 mars 1893, 139).

Maylaender. — Selbsterfahrungen während der Morphium Krankheit und deren Behandlung mit besonderer Berucksichtigung der secundären Abstinenz period, Halle, 1889, Kämmerer et Cie.

Meylert. — Value of the coca and its alcaloid in the treatment of the opium habit (Medical Society of the County of New York, 22 décembre 1884, in *Medical Record*, New York, 1884, XXVI, 715).

Michaut. — Contribution au traitement et à l'étude du morphinisme oriental (*Bulletin de thérapeutique*, 1893, CXXIV, 318).

— Les Morphinomanes en Extrême-Orient (*Indépendance médicale*, 1896, 123).

Michel. — Ueber Morphium Injectionen und Morphinismus (*Würtemberg Correspondenz-Blatt*, 1876, XLVI, 37).

Millot. — Voir Duquesnel.

Mitchell. — Treatment of morphio-mania (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 1891, XXVII, 759, et *Journal of Inebriety*, avril 1892).

Moeller (O. S.). — Et Tilfælde af Kronisk Morfinisme (en danois) (*Hospitals-Tidende*, Copenhague, 1886, IV, 1206).

Moll. — Hypnotisme, in-8°, traduction anglaise, 1892.

Morselli. — Nota sulla psicosi cocaïnica e su varietà nosografiche (*Riforma medica*, 1896, II, 554).

— Psicosi tossiche in *Trattato di medicina*, publié sous la direction de Morselli, tome VI, 3e partie, p. 175.

Motet. — Le morphinisme devant les tribunaux (*Semaine médicale*, 1883, 98).

— Morphinomanie (Rapport présenté à la Société de médecine légale de France le 7 mai 1883) (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1883, 3e série, X, 22).

— Rapport médico-legal sur Annette G... (hystérie et morphinomanie, *Archives de neurologie*, 1886, XI, 398).

Müller (Frantz). — Ueber. Morphinismus (Vortrag in Verein der Ærzte Steyermarks zu Graz, 1880, in *Wiener med. Presse*, 1880, XXI, 297).

Næther. — Morphiumintoxication oder Ponsblutung (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1886, XII, 515).

Nankivel. — Case of morphia habitué said to have taken daily forty grains hypodermically, temporary abstention. Relapse. Death (*Lancet*, 1884, II, 913).

Neveu-Derotrie. — De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine (*Thèse de Paris*, 1890, n° 28).

Noble. — (*Transactions of the medical Society of the state of North Carolina*, 1891, p. 113.)

Norman (Conolly). — A note on Cocainism (*Journal of mental science*, 1892, XXXVIII, 195).

Nothnagel. — Morphinismus (*Allgemeine Wiener medicinal Zeitung*, 1881, XXIX, 368).

Notta. — La morphine et la morphinomanie (*Archives générales de médecine*, 1884, II, 385, 561).

— Recherche de la morphine dans l'urine des morphinomanes (*Union médicale*, 1884, XXXVIII, 409).

Nussbaum (von). — Die Gefahren der subcutanen Injectionen. (*Bayerliche ærztliche Intelligenzblatt*, 1865, n° 56).

Obersteiner. — Chronic Morphinismus (*Brain*, 1880, II, 449).

— Further observations on chronic Morphinismus (*Brain*, 1882, V, 354).

— Der chronische Morphinismus (*Wiener Klinik*, 1883, IX, 61).

— Ueber die Morphiumsucht und ihre Behandlung (Vortrag in der Section (10) für Psychiatrie und Neurologie des 8

internationalen Aerzte Congresses zu Copenhague, 1884, in *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1884, VII, 391).

Obersteiner. — Zur internen Anwendung des Cocain bei Neurosen und Psychosen (*Wiener medicin. Presse*, 1885, XXVI, 1253).

— Intoxications-Psychosen (Vortrag in Wiener medicin. Doctoren-Collegium, 11 janv. 1886, in *Wiener medicin. Presse*, 1886, XXVII, 116).

— Cocain und Morphinismus (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1888, I, 399).

— Zur Therapie des Morphinismus (*Internationale klinische Rundschau*, 1891, V, 1840).

— Ueber Morphinismus (*Wiener medizin. Blätter*, 1891, XIV, 733, et *Medicinisch-chirurgischer Centralblatt*, 1891, XXVI, 665).

Olvera. — Los morphomaníatícos son aptos para ciertas accíones civiles? Son responsables de sus actos (*Gaceta medica*, Mexico, 1886, XXI, 205).

Oppenheimer. — Doses of Morphine habitués (*Medical Record*, New York, 1894, XLVI, 564).

Otis. — Prolonged use of hypodermic injections of morphia (*Boston medical and surgical journal*, 1872, LXXVI, 231, et *Medical Record*, New York, 1872, VII, 225).

Palmer. — Erythroxylon Coca in the Opium and Alkohol habit (*Therapeutic Gazette*, Detroit, 1881, II, 79, et *Louisville medical News*, 1880).

Pantzer. — An interesting Case (Morphia habit) (*Journal american medical Association*, 1894, XXII, 536).

Papin. — Morphia and the Morphia habit (*Saint-Louis Courier med.*, 1883, IX, 18).

Park (Robert). — Some cases in which morphia has been administered in large doses hypodermically (*Practitioner*, 1880, XXIV, 424).

Passovera. — Influence du morphinisme sur les fonctions génitales (*Vratch*, 1892, 446).

Patein. — Traitement de la morphinomanie (*Société de thérapeutique*, 22 mars 1893).

Peabody. — Discussion à la Société des Praticiens de New York (*Medical Record*, New York, 1895, XLVIII, 708).

Peeters. — Morphinisme (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1883, 54, et 1884, 19).

Pepper. — The Opium habit (*Medical and surgical Reporter*, Philadelphie, 1878, XXXVIII, 87).

Petit (L. H). — Traduction du mémoire de Levinstein (*Bulletin général de thérapeutique*, 1876, XC, 348).

— Des accidents qui peuvent survenir chez les morphinomanes. — Morphinisme et traumatisme (*Bulletin général de thérapeutique*, 1879, XCV, n^{os} du 15 février au 30 mai; et tirage à part, in-8°, 32 pages, Paris, O. Doin, 1879).

Petrœus. — Et Tilfælde af kronisk Morfinisme (en danois) (*Hospitals Tidende*, 1886, IV, 1141).

Picard. — Sur l'action de la morphine chez les chiens (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1878, LXXXVI, 1144).

Pichon (G.). — Considérations sur la morphinomanie et son traitement (*Encéphale*, 1886, VI, 307).

— Le Morphinisme, 1 vol. in-18, 488 pages, Paris, O. Doin, 1889.

— Morphinisme et Diathèse — Morphinophagie (*Annales médico-psychologiques*, 1893, 7e série, XVII, 203, et *Revue neurologique*, 1893, 268).

Pilliet. — Note sur les lésions histologiques de l'intoxication chronique subaiguë par la morphine (*Bulletins de la Société de biologie*, 1887, XXXIX, 586).

Playfair. — On the Cure of the Morphia and alcoholic habit (*Journal of mental sciences*, 1889-90, XXV, 179, 184).

Plessner. — Morphium-Abstinenzerscheinungen und Magen (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1893, XXXVI, 223).

Pontoppidan (Knud). — Den kroniske Morfinisme (*Thèse Copenhague*, 1883).

Prunier. — Étude sur les alcaloïdes de l'opium, leur recherche dans le cadavre, Paris, 1879.

Puttmann. — A case of Morphia habit (*Buffalo med. and surgical journal*, 1883).

Quincey (Thomas de). — Confessions on an English opium eater, 4e édition, Édimbourg, 1883, réimprimé en 1885.

— L'Anglais mangeur d'opium, traduit de l'anglais et augmenté par A. de Musset, avec une notice par Arthur Heulhard, in-4°, 126 pages, Paris, le *Moniteur du bibliophile*, 1878.

— Confessions d'un mangeur d'opium, première traduction intégrale par V. Descreux, 1 vol. in-18, 1856, et 2e édition, 309 pages, Paris, Albert Savine, 1890.

Rambaud. — Morphine et Morphinomanes (*Journal de la Santé publique*, 1884, n° 42).

Rank (G.). — Voir Smidt (H.).

— Ueber die Bedeutung des Cocain bei der Morphium Entziehung (Vortrag im ærztl. Verein zu Münsterlingen, 9 juin

1885, in *Med. Correspondenz-Blatt der Wurtemberg. ærztlichen Landesvereins*, 1885, LV, 169).

Raynaud (Maurice). — Note sur un cas de mort dans un accès d'hystérie (observation de morphinomanie) (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1881, XVIII, 13).

Read. — Morphinism and Alcoholism treated with Cocaine (*Gaillard's medical journal*, New York, 1886, XLI, 369).

Regnard. — Deux poisons à la mode : la morphine et l'éther (*Revue scientifique*, 1885, 545).

— Les maladies épidémiques de l'esprit. Sorcellerie, magnétisme, morphinisme. In-8°, 429 pages, Paris, Plon et Nourrit, 1887.

Regnier (L. R.). — L'intoxication chronique par la morphine (*Thèse de Paris*, 1890, et monographie, in-8°, 171 pages, Paris, Lecrosnier, 1890).

Rendu. — Discussion (in *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, 3e série, XI, 418, 449, 770, 940).

Reynier. — Cas de morphinomanie guéri par la suppression lente du poison (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1886, 448).

Richardière. — Sur quelques accidents peu connus du morphinisme dans les maladies aiguës (*Bulletins de la Société médico-pratique*, 25 octobre 1886, 140, et *Union médicale*, 1886, 3e série, XLII, 755).

Richardson. — On Morphia habitués and their treatment (*Lancet*, 1883, II, 1046).

— Practical notes on the Morphine habit (*Asclepiad*, 1888, V, 301-315).

— Discovery of Morphine in the urine of Morphia habitués (*Asclepiad*, 1884, p. 356).

Richter. — Cazuistik zum Morphinismus (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1876, XIII, 403).

— Ueber Cannabinon und Cocain (Vortrag in der berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 8 décembre 1884, in *Deutsche medicinal Zeitung*, 1885, 35, et *Neurologisches Centralblatt*, 1885, IV, 23).

Ricklin. — Du morphinisme (*Gazette médicale de Paris*, 1880, 6e série, II, 387, 403).

Rigal. — Observation in *Thèse Calvet*.

Riu. — Deux observations de morphinomanie (*Annales médico-psychologiques*, 1889, 7e série, IX, 152).

Rizat. — Morphinomanie, rétrécissement spasmodique de l'urètre (*Encéphale*, 1883, III, 344).

Robinson (Beverley). — Prefers gradual Withdrawal of Opium (Practitioners Society of New York, in *Medical Record*, New York, 16 novembre 1895, XLVIII, 708).

Rochard (J.). — Rapport sur un mémoire du Dr Combes concernant les affections dentaires chez les morphinomanes (*Bulletin de l'Académie*, 1885, XIV, 585).

— Les morphinomanes et les fumeurs d'opium (*Union médicale*, 1894, 3e série, LVIII, 61, 133).

Ronaldson. — Treatment of opium and alcohol habitués (*Clinical Record*, Philadelphie, 1884, V, 192).

Rosenthal. — Untersuchungen und Beobachtungen ueber Morphium Wirkung (Vortrag in der Section für Neurologie und Psychiatrie auf der Berliner Naturforscher Versammlung, 17 septembre 1886, *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1886, IX, 648).

— Zur Behandlung des Morphinismus un Chloralismus (*Wiener medic. Presse*, 1889, n° 37, analysé en anglais in *Occidental medical Times*, 1889, III, 668).

Ruata. — (*Allgemeine Wiener medicinal Zeitung*, 1881, XXIX, 748.)

Rybalkin. — Traitement de la dipsomanie et de la morphinomanie par la suggestion (*Vratch*, 1891, n° 2).

Samter. — Ein morphiophage (*Deutsche Klinik*, 1864, n° 16, p. 157, et n° 17, p. 163).

Samuel. — Morphiumsucht und Cocainsucht, in-8°, Berlin, 73 pages, 1889.

Sanchez. — Apuntes sobre la morfinomania (*Thèse inaugurale*, résumée in *Revista medico-quirurgica*, Mexico, 1883, I, 39).

Sander. — Observation in *Thèse Straub*.

Sandrog. — Zur Kenntniss der Symptomatologie und pathologischen Anatomie des Morphinismus (*Thèse Iéna*, 45 pages, 1893).

Saury. — Voir Magnan.

— Cocainisme (*Annales médico-psychologiques*, 1889, 7e série, IX, 439).

Schmidbauer. — Ueber den Einfluss des Morphinismus auf die civil-und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit (*Friedrich's Blätter für gerichtliche Medicin und Sanitätspolizei*, 1886, 377).

Schmidt (Constantin). — Die Behandlung der Morphium Krankheit und die Abstinenzcur mit Hülfe des Codein (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. — Section fur Neurologie und Psychiatrie, septembre 1889, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1890, XVI, 77).

Schmidt (Constantin). — La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine, in-16, Nice, 1889.

Schneider (Richard). — Ueber das Schicksal des Caffeins und Theobromins im Thierkörper, nebst Untersuchungen über den Nachweis des Morphins im Harn (*Inaugural Dissertation*, in-8°, Dorpat, H. Laakmann, 1884).

Schüle. — Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Leipsick, 1878.

Schweig (G. M.). — Case of cure of the Morphia habit (*New York medical Journal*, 1876, XXIII, 495).

Schweninger. — Bemerkungen ueber den Morphiumtod (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1879, V, 436).

— Gesammelte Arbeiten, Berlin, 1886, Bd I, p. 143, 303.

Seifert. — Ueber Cocain und Cocainismus (*Würzburger physical medical Gesellschaft*, 10 avril 1889).

Sell. — The Opium habit, its successfull treatment by Avena sativa (*Medical Gazette*, New York, 1882, IX, 186).

Senator. — Discussion à la berliner med. Gesellschaft, 29 octobre 1879 (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1880, XVII, 73).

Senlecq. — Un cas de morphinomanie (*Annales médico-psychologiques*, 1895, 8e série, I, 25).

Sewall. — Opium-eating and hypodermic injection (*Medical Record*, New York, 1870, V, 137).

Sharkey. — The Treatment of Morphia habitués by sudden discontinuing the Drug (*Lancet*, 1883, II, 1120).

Shaw. — Influence of the continuous Use of Cocaine on the Mind (*Weekly medical Review*, 1885, XII, 329).

Silberstein. — Ein absonderliche Fall einer Morphium-intoxication im Verlaufe einer acuten miliar Tuberkulose (*Medicinisch-chirurgisches Centralblatt*, Vienne, 1882, XVII, 184).

Silva Lima. — Morfinomania por abuso das injeccoes hypodermicas (*Gazeta medica da Bahia*, 1879, IV, 297).

Simmons. — An extraordinary Case of Toleration of Opiates in an Infant and Tenacity of life without Food for thirty days (*American journal of obstetrics*, New York, 1879, XII, 147).

Siredey. — Observation (in *Thèse Calvet*).

Smidt. — Zur Kenntniss der Morphinismuspsychosen (*Archiv fur Psychiatrie*, 1886, XVII, 257).

— Ueber Cocainismus und neue Erfahrungen ueber Cocainwirkung bei Morphiumentziehung (Vortrag in der

Section für Neurologie und Psychiatrie auf der Naturforscher Versammlung in Berlin, 22 sept. 1886. — *Tageblatt der Versammlung*, p. 315).

Smidt et C. **Rank**. — Ueber Bedeutung des Cocain bei der Morphiumentziehung (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, XXII, 371).

Smith (A. A.). — How much opium is necessary to constitute one an habitué (Practitioners Society of New-York, 1er nov. 1895, in *Medical Record*, New York, 16 nov. 1895, XLVIII, 708).

Smith (Andrew H.). — Why opium habitués prevaricate (Practitioners Society of New-York, 1er nov. 1895, in *Medical Record*, New-York, 1895, XLVIII, 709).

Smith (Percy). — Case of Cocainisme (*Journal of mental science*, 1892, XXXVIII, 408).

Södermark. — Observation de morphinisme chronique (en suédois), *Hygiea*, 1875, XXXVII, 671.

Sollier. — Cas de morphino-cocaïnomanie (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1894, 3e série, XI, 408).

— De la démorphinisation (Revue générale, in *Semaine médicale*, 1894, 146).

— Fonctions du foie dans la démorphinisation (Congrès de Bordeaux, 1895, in *Médecine moderne*, 1895, p. 681, et *Presse médicale*, 1895, page CXXX).

Sönden. — Onze observations de morphinisme (*Hygiea*, 1878, XL, 85 (en suédois); analysé in *Schmidt's Iahrbücher*, 1879, Bd 181, 223, et in *Paris médical*, 1880, 2e série, V, 85).

Stammler. — Die Morphiumsucht und der Morphiummarasmus, 27 pages, Munich, 1885.

Stécoulis. — Deux cas de morphiomanie (*Gazette médicale d'Orient*, 1881-1882, XXIV, 115).

Stimmel. — Coca in the opium and alcohol habits (*Therapeutic Gazette*, Detroit, 1881, II, 132, 252).

Stolz. — Action du morphinisme sur les organes génitaux (*Journal de gynécologie*, russe, 1892, n° 10).

Strahan. — Treatment of Morphia habit by suddenly discontinuing the Drug (*Lancet*, 1884, I, 561).

Straub. — Ueber chronischen Morphinismus m. bes. Bezugnahme auf d. psych. Verändergn. (*Thèse de Berlin*, 1892, 28 pages).

Stuart. — A remarkable case of Morphine addiction (*British medical journal*, 1889, I, 1051).

Sweeney. — Sixty Grains of Morphine at a Dose (*Medical Record*, New-York, 1894, XLVI, 565).

Taggart (J. H.). — Case of opium habit (letheomania), successfull treatment (*Pacific M. et S. journal*, San-Francisco, 1878, XX, 397).

Taggart (Robert). — Coca in the Opium habit (*Therapeutic Gazette*, Detroit, 1881, II, 169).

Tanzi. — Sulla cura suggestiva del morfinismo (*Terapia moderna*; Naples, 1889, III; 705).

Thaon. — Abus des injections de morphine, leur efficacité dans la phtisie avancée (*Nice médical*, 1876, I, 24).

Thomsen. — Zur Casuistik der combinirten Morphium-Cocain-Psychosen (*Charité-Annalen*, 1887, XII, 406).

Toth. — Remarques destinées à expliquer l'intoxication chronique par la morphine (en hongrois) (traduit in *Pester med.-chir. Presse*, 1890, XXVI, 601).

Toulouse. — Les morphiniques (*Annales de psychiatrie*, 1892, p. 121).

Trechsel. — Sur le morphinisme (*Société médicale neufchâteloise*, 18 déc. 1875).

Trélat. — Observation in mémoire de L. H. Petit.

Tschycz. — Des lésions de la moelle dans les intoxications par la morphine, l'atropine, le nitrate d'argent et le bromure de potassium, en russe (*Morskoi Sbornik*, 1883).

— Traduction allemande sous le titre : W. von Tschisch. — Veranderungen des Rückenmarkes bei Vergiftung mit Morphium, etc. (*Virchow's Archiv.*, 1885, Bd C. 147).

Vale. — Étude de quelques intoxications surajoutées à la morphinomanie (*Thèse*, Paris, 1895, n° 7).

Vansant (E. L.). — The treatment of the Opium habit (*American Lancet*, Detroit, 1892, XV, 290).

Varigny (Henry de). — La confession d'un Cocaïnomane (traduction et analyse d'un article allemand) (*Revue des revues*, 1895, XV, 512).

Veisenburger. — Étude sur le morphinisme (*Thèse de Paris*, 1894).

Venturi. — Morfinismo in lipemaniaco (*Bolletino de priv. manicom. Fleurent*, Naples, 1888, XIII, 3).

Verneuil. — Discussion *Congrès de la Rochelle*, 1882, et *Semaine médicale*, 1882, p. 13).

Voisin (Auguste). — Guérison d'une morphinomane par la suggestion hypnotique (*Revue de l'hypnotisme*, Paris, 1886).

— Guérison d'une morphinomane par la suggestion (*Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*, 1887).

— A quels signes reconnaître un morphinomane? (Société

d'hypnologie, 15 novembre 1896, in *Médecine moderne*, 1896, VII, 712).

Voisin (Jules). — Morphinomanie et hystérie (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1890, VII, p. 367).

— Traitement de la morphinomanie par la suppression brusque du médicament (*Bulletins de la Société médic. des hôpitaux*, 1894, XI, 446).

Volfovitsch. — Un cas de morphinomanie chez un enfant de quatre mois (*Diestskaja Medizina*, 1896, n° 2 analysé in *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1896, IV, 393 et in *Médecine moderne*, 1895, p. 281).

Wach. — Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen Morphiumvergiftung (*Thèse inaugurale*, 50 pages, Iéna, 1880).

Wagner (Richard). — Ueber Morphiumentwöhnung (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1888, XIV, 300).

— Ueber einen Fall von Cocainvergiftung (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1887, X, 518).

Walker (H. F.). — Some remarks on the morphine habit (Practitioners' Society of New York, 1er novembre 1875, in *Medical Record*, New York, 16 novembre 1895, XLVIII, 692).

Wallé. — Aphoristiche Mittheilungen ueber Gegengifte der Opiate mit besonderer Berücksichtigung der Stellung des Cocains gegenüber des Morphium (*Deutsche medicinische Zeitschrift*, 1885, 25).

Warfvinge. — Quatre observations publiées dans le mémoire de Sönden (*Hygiea*, 1878, XL, 85, en suédois).

Watson. — Synopsis of opium Inebriety its effetc : needed legislation, distinctive plans of treatment necessary for the successfull cure (*Journal of nervous and mental diseases*, 1891, XVIII, 338).

Waugh (W.). — Upon the Value of Coca in the Opium habit (*Philadelphia medical Times*, 1885-86, XVI, 455).

Wayne. — Analysis of a Cure for the habitual Use of Opium and Morphia (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 1873, XVI, 539).

Wehenkel. — Traduction française de Levinstein (*Journal de médecine*, Bruxelles, 1876, LXII, 37, 307).

Weinlechner. — Morphium aus Gewohnheit und in steigender Dosis bis zu 40 gran täglich injicirt : zahllose Hautabcesse Heilung (Jahresbericht der k. k. krankenanstalt Rudolfsstiftung in Wien, 1875, *Allgemeine Wiener medicinal Zeitung*, 1876, n° 1, et *Deutsche Zeitschrift für praktische medicin.*, 1876, 57).

Welch (W.). — Discussion du mémoire de CROTHERS (Philadelphia County medical Society, 27 janvier 1892, in *Journal american medical association*, 1892, XVIII, 231).

Wetterstrand. — Sur le traitement de la morphinomanie par la suggestion hypnotique (*Revue de l'Hypnotisme*, 1891, V, 141).

— Le traitement de la morphinomanie, de la cocaïnomanie et de la chloralomanie par la suggestion et l'hypnose (*Zeitschrift für Hypnotismus*, 1896, et *Journal de Neurologie et d'Hypnologie*, Bruxelles, 1896, I, 130).

Whipham. — On a Case of fatal Pleuropneumonia in a Man aged 56 addicted to the Abuse of Morphia, Alkohol and Bromide of Potassium (*Clinical Society Transactions*, 1875, VIII, 108).

White (E.). — The non poisonous Influence of Morphia on Fowls (*Lancet*, 1894, II, 723).

— The aphrodisiac Effect of Morphine on the Fowl (*Lancet*, 1894, II, 890).

Whitehead. — The Opium habit, thirity grains sulphate of Morphia a Day (*Pacific M. et S. journal*, San Francisco, 1874-75, XVII, 274).

Whittaker. — On the use of Cocaine in Morphia habit (Académie de médecine de Cincinnatti, 29 juin 1885, in *Medical Record*, New York, 1885, XXVIII, 165).

Wiener. — Ein Beitrag zum Missbrauch der Morphin-Injectionen (*Wiener medizin. Presse*, 1880, XXI, 433).

Williams. — Morphomania followed by rapid Narcosis (*Times and Register*, 1891, XXIII, 217).

Wilson (JAMES). — On the Opium habit and kindred Affections in PEPPER's (*System of Practical medicine*, t. V, 647).

— The causes and prevention of the opium habit and kindred affections (*Maryland medical journal*, 1888-89, XX, 101, 106).

Wilson. — The Morphia habit (*College and Clinic Record*, Philadelphie, 1888, IX, 105).

Winfield. — A case of Morphine habit treated successfully with the solid Extract of Coca (*Virginia medical monthly*, Richmond, 1880, et *Therapeutic Gazette*, Detroit, 1881, II, 118).

Winkel. — Observation de nouveau-né morphinomane Discussion à la Gesellschaft für Natur und Heilkunde à Dresde, 18 janvier 1876).

Wittkowsky. — Ueber die Wirkung des Morphium (*Archiv. für experiment. Pathol. und Pharm.*, 1877, VII, 7, et tirage à part, 23 pages, Leipsick).

— Zur Wirkung des Morphium und Chloralhydrates (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1879, V, 513).

Wolters. — Contribution à l'étude de la morphine et du morphinisme (*Thèse de Montpellier*, 1883, n° 27).

Woolley (B. M.). — Opium and its excessive Use (*Medical Record*, New York, 1894, XLV, 444).

Zambaco. — De la Morphéomanie (*Encéphale*, 1882, II, 513, 603, et *Gazette médicale d'Orient*, 1882).

— Contribution à l'étude de la Morphéomanie (*Encéphale*, 1884, IV, 658).

Zeppenfeldt. — Ueber Morphinismus (*Thèse inaugurale*, Würzburg, 1879, 45 pages).

Zuelzer. — Einwirkung von Morphium und Chloroform einerseits auf das Rückenmark (Congress für innere Medicin zu Wiesbaden, 20 avril 1882, in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1882, XIX, 295).

OUVRAGES LITTÉRAIRES

Claretie (Jules). — Noris, mœurs du jour; in-18, Paris, E. Dentu, 1883.

Daudet (Alphonse). — L'Évangéliste.

Dubut de Laforest. — Morphine, roman; in-18, Paris, E. Dentu, 1891.

Mallat. — La comtesse Morphine.

Maudit (Le). — Bienfaits de la morphine par un Morphinomane (Sonnet) (*Encéphale*, 1887, p. 443).

Talmeyr (Maurice). — Les Possédés de la Morphine; in-18, 248 pages, Paris, Plon, 1892.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

N

O

P

R

S

X

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD. — 1012-96.

La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures (*Ouvrage récompensé par l'Institut*)........ 4 fr.

La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr PH. TISSIÉ, préface de M. le *Professeur Bouchard*, avec gravures, 2e édit. (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine*)........ 4 fr.

Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. RODET (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine*)........ 4 fr.

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures. 3e édition........ 4 fr.

L'alimentation des nouveau-nés, *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine*)........ 4 fr.

L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède), 3e édition... 4 fr.

Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut, 8e édition........ 4 fr.

De l'exercice chez les adultes, par *le même*, 5e édition........ 4 fr.

Hygiène des gens nerveux, par le Dr LEVILLAIN, 4e édition.... 4 fr.

L'idiotie. *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures........ 4 fr.

La famille névropathique. *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures, 2e édition........ 4 fr.

Le traitement des aliénés dans les familles, par LE MÊME, 3e édition........ 4 fr.

L'éducation physique de la jeunesse, par A. MOSSO, professeur à l'Université de Turin........ 4 fr.

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures........ 4 fr.

DANS LA MÊME COLLECTION

Cours de Médecine opératoire

de la Faculté de Médecine de Paris

Par M. le professeur **Félix TERRIER**
Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié

Chirurgie de la plèvre et du poumon, par les Drs FÉLIX TERRIER, membre de l'Ac. de méd., prof. à la Faculté de médecine de Paris, et E. REYMOND, ancien interne des hôp. de Paris, avec 67 grav.... 4 fr.

Chirurgie de la face, par les Drs FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux et MALHERBE, avec 214 gravures........ 4 fr.

Chirurgie du cou, par LES MÊMES, avec 101 gravures........ 4 fr.

Chirurgie du cœur et du péricarde, par les Drs FÉLIX TERRIER et E. REYMOND, avec 79 gravures........ 3 fr.

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par les Drs FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec gravures........ 3 fr.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par LES MÊMES, avec 37 gravures........ 3 fr.

L'opération du trépan, par LES MÊMES, avec 222 gravures..... 4 fr.

Envoi franco contre mandat-poste.

NOTICES SUR LES VOLUMES DE CETTE COLLECTION

Les nouveaux Traitements

Par le Dr J. LAUMONIER

1 vol. in-16, 2e édit. revue et complétée, cartonné à l'anglaise...... 4 fr.

L'auteur s'est proposé de fournir aux médecins et à toutes les personnes qui s'intéressent à la thérapeutique, des indications précises, aussi complètes, mais aussi brèves et claires que possible, sur les nouveaux remèdes et les nouvelles méthodes de traitement qui ont une efficacité réelle et sont assez bien connus pour qu'on puisse les formuler d'une manière sûre et pratique. En tête de chaque chapitre, il a placé des considérations sommaires de physiologie pathologique et de pathogénie, dans le but de faire comprendre le mécanisme de l'action thérapeutique par la connaissance des troubles fonctionnels qui créent la maladie.

La Famille névropathique

Théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence

Par le Dr Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

1 vol. in-16, 2e édit., avec 25 gravures dans le texte, cart. à l'angl.. 4 fr.

M. Féré montre que les exceptions connues sous le nom d'hérédité dissemblable et d'hérédité collatérale se retrouvent dans les familles tératologiques qui, souvent, sont aussi des familles pathologiques. Ce qui est héréditaire, ce sont des troubles de la nutrition de la période embryonnaire, entraînant des effets différents suivant l'époque à laquelle ils se produisent. Les troubles du développement commandent la prédisposition morbide, de nombreux faits le prouvent. Ces troubles héréditaires ou accidentels de l'évolution réalisent une destruction progressive des caractères de la race; la dégénérescence, quelle que soit sa cause, peut être définie une dissolution de l'hérédité qui aboutit en fin de compte à la stérilité.

Le Traitement des Aliénés

dans les familles

Par *le même*.

1 vol. in-16, 3e édition, revue et augmentée, cartonné à l'anglaise. 4 fr.

Le traitement des aliénés dans les familles fut signalé pour la première fois au public français par le Dr Féré en 1889. L'auteur donne des renseignements intéressants sur l'assistance familiale telle qu'elle est donnée dans divers pays. Depuis bientôt treize années que les mêmes procédés sont appliqués en France, les résultats obtenus ont été en s'améliorant, et le Dr Féré constate les progrès de cette bienfaisante institution. Une seconde partie est consacrée à la description des soins généraux qu'exige le traitement des aliénés dans les familles : avantages et inconvénients du traitement,

quels malades peuvent en profiter, le choix de l'habitation, le garde malade, surveillance de la santé générale des aliénés, soins moraux, soins particuliers à quelques catégories d'aliénés, soins particuliers dans certaines circonstances exceptionnelles, toutes questions de haute importance dont la connaissance est indispensable.

L'Instinct sexuel, Évolution et dissolution

Par *le même.*

1 vol. in-16, 2e édition, cartonné à l'anglaise.............................. 4 fr.

L'instinct sexuel n'est pas un instinct incoercible auquel tous seraient réduits à obéir, si anormale que soit la forme sous laquelle celui-ci se manifeste. L'auteur s'est proposé de mettre en lumière la nécessité du contrôle et de la responsabilité dans l'activité sexuelle, tant au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue de la morale.

M. Féré prouve qu'il n'y a aucune raison pour que les actes sexuels échappent à la responsabilité, et les faits montrent qu'ils n'y échappent pas; la nature et la société éliminent les pervertis et favorisent les sobres.

L'Hystérie et son Traitement

Par le Dr Paul SOLLIER

1 vol. in-16, avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise........ 4 fr.

L'auteur a eu pour but, en faisant d'abord l'examen critique des théories sur la nature de l'hystérie et le mécanisme de ses phénomènes, de montrer qu'ils sont d'ordre essentiellement physiologique, et que leur traitement est par conséquent du ressort des cliniciens. Etablir la pathogénie générale des troubles hystériques et partir de là pour en déduire le traitement rationnel, telle est l'idée directrice de l'ouvrage.

Basé sur la longue expérience de l'auteur, cet ouvrage constitue pour les praticiens le guide le plus complet et le plus pratique du traitement de l'hystérie.

La Mélancolie

ÉTUDE MÉDICALE ET PSYCHOLOGIQUE

Par le Dr R. MASSELON
Médecin-adjoint de l'Asile de Clermont (Oise).

(*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.*)

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise . . . . 4 fr.

Cet ouvrage a pour but l'étude analytique du syndrome mélancolique. De quels éléments psychiques sont constituées la dépression et la douleur morales? comment ces deux symptômes sont reliés l'un à l'autre? comment ils s'influencent l'un l'autre? telles sont les questions que M. Masselon a posées et qu'il s'est efforcé de résoudre. Enfin, comme le délire des mélancoliques présente des caractères nets, fixes, bien tranchés, il a montré comment il dérivait directement du fond mental sur lequel il se développe.

Après cette analyse des phénomènes cliniques, l'auteur aborde l'étude

différentielle des états mélancoliques dans les diverses affections mentales et insiste particulièrement sur les cas de mélancolie dite essentielle qu'il appelle mélancolie affective. M. Masselon a été conduit à cette dernière opinion par l'étude des faits : il n'existe pas une mélancolie, il n'existe que des états mélancoliques. La mélancolie n'est pas une entité morbide, elle est un état psychologique que l'on observe dans des formes nosographiques très différentes.

Hygiène des Gens nerveux

PRÉCÉDÉE DE NOTIONS ÉLÉMENTAIRES
Sur la Structure, les Fonctions et les Maladies du Système nerveux
Par le **Dr F. LEVILLAIN**
Ancien interne de la Salpêtrière,
lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. in-16, avec gravures dans le texte, 4e édition, cart. à l'anglaise.. **4 fr.**

Essai sur la puberté

chez la femme

PSYCHOLOGIE — PHYSIOLOGIE — PATHOLOGIE

Par Mlle le **Dr Marthe FRANCILLON**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise . . . . **4 fr.**

Chez la femme, la maturité sexuelle est la conséquence d'une longue évolution organogénique; elle est tellement complexe, que les fonctions les plus diverses unies entre elles par d'étroites corrélations, se modifient de manière à converger toutes en vue de l'établissement de la vie génitale. Les conditions extrêmes elles-mêmes, en raison de leur utilité dans la concurrence vitale, n'échappent pas à cette discipline.

L'auteur s'est efforcé d'étudier, au double point de vue anatomique et physiologique, les modifications qui transforment l'adolescente en femme pubère. Mlle le Dr Francillon a dégagé de documents épars et fragmentaires les éléments d'une esquisse des conditions de cette phase spéciale de la vie de la femme.

Morphinomanie et Morphinisme

Par le **Dr Paul RODET**
(*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, Prix Falret.*)

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................. **4 fr.**

Cet ouvrage contient d'abord un historique complet du morphinisme, en faisant assister le lecteur aux différentes étapes que cette affection a traversées avant d'être reconnue comme une véritable entité. Après avoir étudié les mœurs des morphinomanes, la morphinomanie à deux, sa propagation rapide, M. Rodet aborde la symptomatologie et la théorie de l'abstinence qui constituent deux chapitres importants de son ouvrage. Puis il continue par l'examen des intoxications coexistant si communément avec la morphinomanie, en particulier de l'alcoolisme et de la cocaïnomanie,

l'étude médico-légale du morphinisme, et donne, pour terminer, une large place au *traitement*, exposant les diverses méthodes employées et appréciant leur valeur thérapeutique.

L'Idiotie

Hérédité et dégénérescence mentales,
Psychologie et éducation mentale de l'idiot

Par le **Dr Jules VOISIN**, médecin de la Salpêtrière.

1 vol. in-16, avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise...... 4 fr.

L'auteur, choisissant ses exemples parmi différents types d'idiots étudiés dans son service d'hôpital, examine leurs instincts, leurs sentiments, leurs lueurs d'intelligence et de volonté, ainsi que leurs caractères physiques. De là, il passe à l'éducation et au traitement qui doivent être appliqués à ces déshérités, pour qu'ils cessent d'être à charge à tous, et qu'ils deviennent utiles à eux-mêmes et à la société.

Manuel de Percussion et d'Auscultation

Par le **Dr Paul SIMON**
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

1 vol. in-16, avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise,..... 4 fr.

Manuel de Psychiatrie

Par le **Dr J. ROGUES DE FURSAC**

1 vol. in-16, 2e édit., cartonné à l'anglaise........................ 4 fr.

L'auteur s'est efforcé de faire une œuvre pratiquement utile. C'est ainsi qu'il a donné une place relativement considérable à l'étude des troubles psychiques élémentaires. Il importait en effet de fixer la valeur de ces symptômes constituant, par leur groupement, les affections psychiques proprement dites, et de définir des termes dont le sens exact échappe quelquefois aux médecins insuffisamment familiarisés avec la psychiatrie. Bien que demeurant sur le terrain pratique, il n'a pas cru devoir passer sous silence les explications pathogéniques qui ont été données des troubles mentaux. La plupart des théories relatives à la génèse des hallucinations, des troubles de l'émotivité, etc., sont résumées d'une façon aussi claire que possible.

On trouvera décrites dans ce livre des affections peu connues en France jusque dans ces dernières années, telles que la *démence précoce* et la *folie maniaque dépressive.*

Hygiène de l'Alimentation

Dans l'état de santé et de maladie

Par le **Dr J. LAUMONIER**

1 vol. in-16, 3e édit., avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. 4 fr.

Envoi franco contre mandat-poste.

La Profession Médicale

Ses devoirs, ses droits

Par le Dr G. MORACHE
Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Membre associé de l'Académie de médecine.

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................. 4 fr.

M. Morache a cherché à envisager avec la plus entière indépendance les conditions de la profession médicale. Les futurs médecins, ceux qui déjà s'engagent sur le terrain si difficile de la pratique professionnelle, recueilleront dans cet ouvrage d'excellents principes qui pourront leur servir de guide, tout au moins les aider à fixer leurs légitimes hésitations. Cet ouvrage intéresse également le grand public qui, prenant part à la vie des médecins, est curieux de connaître leurs devoirs professionnels.

Le Mariage

Étude de socio-biologie et de médecine légale.

Par *le même.*

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................. 4 fr.

Ce livre a pour but d'apprécier ce qu'a été le mariage au début des sociétés, comment il s'est transformé pour aboutir à l'organisation que nous lui connaissons. En montrant ses conditions actuelles, l'auteur recherche si le mariage doit rester immuable dans sa forme ou bien s'il ne vaudrait pas mieux lui faire subir quelques amendements de détail, afin de pouvoir le transmettre vivant aux générations de demain.

Grossesse et Accouchement

Étude de socio-biologie et de médecine légale.

Par *le même.*

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................. 4 fr.

De toutes les questions connexes à la biologie et aux sciences sociales, il en est peu qui mettent autant en relief leurs conditions communes que l'étude de la femme en voie de gestation, puis au moment et après la fin de la grossesse, à la période de l'accouchement. Nombre de questions peuvent se poser à cet égard : elles importent, au plus haut point, à la sécurité de la mère, à celle de l'enfant, et prennent une intensité plus poignante encore si l'on envisage la responsabilité des actions que peut accomplir la femme ainsi placée dans l'anormalité physiologique. Les sociétés humaines émancipées par l'idée scientifique ne peuvent rester indifférentes devant la situation de la femme, alors surtout qu'elle remplit sa mission naturelle au péril de sa santé et parfois de sa vie.

Envoi franco contre mandat-poste.

Naissance et Mort

Étude de socio-biologie et de médecine légale.

Par *le même.*

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................... 4 fr.

L'auteur soulève, au cours de son ouvrage, bien des questions accessoires, en particulier celles qui ont trait aux rapports biologiques reliant les générations les unes aux autres, les filiations, les hérédités. Entre toutes, la recherche de la paternité l'arrête d'une façon particulière. — Il combat généreusement cette idée d'après laquelle le bâtard, véritable paria social, se voit reprocher sa « honte » et la « faute » de sa mère, tandis que son père inconnu, seul coupable, traverse l'existence entouré du respect de tous.

La Responsabilité

Étude socio-biologie et de médecine légale

Par *le même.*

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................... 4 fr.

Le but de cet ouvrage est d'apprécier les différents facteurs qui peuvent intervenir dans la question, les principaux d'entre eux surtout. Or les facteurs de responsabilité aboutissent à un même point : la déchéance physique de l'individu. La criminaliié peut donc être regardée comme une maladie morale, elle tient à la pathologie sociale. Nous pouvons alors lui appliquer des procédés analogues à ceux que nous utilisons pour combattre la morbidité matérielle.

Si, comme tout tend à le démontrer, le facteur misère se trouve à l'origine des formes de criminalité, le terme étant pris dans sa plus large acception, c'est à combattre la misère dans toutes ses manifestations biologiques, que nous devons nous attacher; peut-être parviendrons-nous ainsi à faire disparaître cette cause initiale, si longtemps poursuivie, de notre cruelle déchéance sociale : la criminalité.

Manuel d'Électrothérapie et d'Électrodiagnostic

Par le Dr E. ALBERT-WEIL

1 vol. in-16, 2e édit., avec 88 gravures dans le texte, cart. à l'angl.. 4 fr.
(*Récompensé par l'Académie de médecine*).

Le succès rapide de la 1re édition du *Manuel* du Dr Albert-Weil a montré que le plan du livre était heureusement conçu; aussi a-t-il été rigoureusement suivi dans la 2e édition, mais de nombreux chapitres ont été ajoutés et d'autres entièrement modifiés pour être mis au courant des derniers progrès de l'électrothérapie.

Tous les chapitres ont été complétés; ceux qui ont trait à la photothérapie et à la radiothérapie ont été les plus profondément modifiés, en particulier tout ce qui concerne la radiothérapie (méthode, modes d'application, procédés de protection, de mesure), a été très longuement et très complètement exposé.

Envoi franco contre mandat-poste.

L'Alimentation des Nouveau-nés

Hygiène de l'allaitement artificiel

Par le Dr **S. ICARD**

(*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine et par la Société protectrice de l'enfance de Paris.*)

1 vol. in-16, avec 60 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise... 4 fr.

Quelles sont les lois de l'allaitement artificiel? Quel est le lait que nous devons choisir pour remplacer celui de la mère? Le lait est-il la seule nourriture qui convienne à l'enfant? Que penser des produits industriels présentés comme succédanés du lait? Faut-il donner le lait pur ou coupé? Quelle doit être la ration quotidienne et quels sont les meilleurs procédés pour administrer le lait? Celui-ci doit-il être cru, bouilli ou stérilisé? La contamination est-elle possible par le lait cru? Quelles sont les différentes méthodes de stérilisation du lait? Quels sont les signes d'une bonne alimentation? A quel âge convient-il de donner à l'enfant une nourriture plus substantielle que le lait et quelle doit être cette nourriture?

Telles sont les questions que l'auteur traite dans ce livre, questions capitales et auxquelles doit pouvoir toujours répondre tout médecin qui assume la responsabilité de faire élever un enfant à l'allaitement artificiel.

De l'Exercice chez les Adultes

Par le Dr **Fernand LAGRANGE**

Lauréat de l'Institut.

1 vol. in-16, 6e édition, cartonné à l'anglaise.............................. 4 fr.

Les livres de M. Lagrange ont toujours beaucoup de succès auprès du grand public, à qui nous n'avons pas craint de recommander le présent volume d'une façon spéciale. Comme il n'est personne qui ne soit, sinon arthritique, ou goutteux, ou obèse, ou dyspeptique, ou diabétique, ou essoufflé, ou quelque peu névrosé, du moins candidat à quelqu'une de ces petites infirmités avec lesquelles il faut passer une partie de l'existence, chacun voudra savoir comment il devra se comporter pour rendre cette partie la plus supportable et la plus longue possible. (*Revue Scientifique.*)

Hygiène de l'Exercice

Chez les Enfants et les Jeunes gens

Par *le même.*

1 vol. in-16, 7e édition, cartonné à l'anglaise.............................. 4 fr.

Les jeunes gens doivent pratiquer des exercices physiques destinés à fortifier leur santé, des exercices hygiéniques et non pas athlétiques, M. le docteur Lagrange développe cette saine doctrine en un charmant petit volume que je viens de lire avec le plus grand plaisir, et je le recommande aux méditations de toutes les mères de famille et même des pères qui ont le temps de s'occuper de leurs enfants.

Dr G. Daremberg (*Les Débats*).

Envoi franco contre mandat-poste.

La Fatigue et l'Entraînement physique

Par le Dr Philippe **TISSIÉ**

Chargé de l'inspection des exercices physiques dans les lycées et collèges de l'Académie de Bordeaux.

Précédé d'une lettre-préface de M. le Professeur Ch. Bouchard, de l'Institut.

1 vol. in-16, 2e édit. avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. 4 fr.

(*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.*)

L'auteur traite successivement de l'entraînement physique, de l'entraînement intensif, de la fatigue chez les débiles nerveux (fatigue d'origine physique, fatigue d'origine psychique, hygiène du fatigué), des méthodes en gymnastique (méthode suédoise, méthode française, méthode psychodynamique qu'il a créée et qui repose sur les réactions nerveuses de chaque groupe d'individus), de l'entraînement physique à l'école, de l'hérédité.

L'Éducation physique de la Jeunesse

Par **A. MOSSO**, professeur à l'Université de Turin.

1 vol. in-16, cartonné à l'anglaise.................................... 4 fr.

L'auteur aborde les problèmes scientifiques et sociaux les plus variés, sans en excepter les problèmes physiologiques pour lesquels sa compétence est universellement reconnue et appréciée. La préface du commandant Legros, montrant l'importance de ces questions au point de vue militaire, complète utilement les chapitres consacrés par l'auteur à l'éducation et au développement des forces physiques du soldat.

L'Hygiène sexuelle

et ses conséquences morales

Par le **Dr SEVED RIBBING**, Professeur à l'Université de Lund (Suède).

1 vol. in-16, 3e édition, cartonné à l'anglaise........................ 4 fr.

Le livre du Dr Ribbing, qui effleure tous les sujets, qui prend et étudie l'homme et la femme depuis leur naissance à la vie sexuelle jusqu'au déclin de leur virilité et de leurs facultés, sera lu avec un vif intérêt aussi bien par les médecins que par les personnes qu'intéressent les problèmes sociaux.

Ce petit ouvrage contient des documents statistiques et littéraires très bien dressés, et possède une allure que la nationalité de son auteur rend particulièrement piquante.

Envoi franco contre mandat-poste.

La Mort réelle et la Mort apparente

Nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente

Par le **Dr S. ICARD**

1 vol. in-16, avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise...... 4 fr.

(*Ouvrage récompensé par l'Institut.*)

M. Icard passe d'abord en revue tous les signes de la mort connus jusqu'ici; il en discute la valeur et l'importance. Puis il expose ses recherches personnelles et décrit une nouvelle méthode dont il est l'auteur; il en démontre la certitude par des preuves expérimentales et cliniques et en fait l'application au diagnostic des principaux états de mort apparente.

L'ouvrage se termine par l'étude de la mort apparente et par l'exposé des lois et des mesures administratives qui, chez les différents peuples et plus spécialement en France, président aux inhumations.

L'Éducation rationnelle de la Volonté

Son Emploi thérapeutique

Par le **Dr Paul-Émile LÉVY**, ancien interne des hôpitaux.

Préface de M. le Professeur BERNHEIM, de Nancy.

1 vol. in-16, 6e édition, cartonné à l'anglaise...................... 4 fr.

L'auteur s'est proposé de montrer qu'il nous est possible de préserver de bien des atteintes notre être moral et physique et, s'il arrive quelque mal à l'un ou à l'autre, de tirer de notre propre fonds soulagement ou guérison.

Il s'agit en somme d'une éducation de la volonté, mais en spécifiant que celle-ci doit et peut agir sur les maux de notre corps comme sur ceux de notre esprit; la thérapeutique du corps par l'esprit ou thérapeutique psychique, appuyée sur l'auto-suggestion, peut rendre les plus grands services.

Les Embolies bronchiques tuberculeuses

Par le Dr **Ch. SABOURIN**,
Directeur du Sanatorium de Durtol (Puy-de-Dôme).

1 vol. in-16, avec gravures, cartonné à l'anglaise.................. 4 fr.

Les lésions tuberculeuses primitives du poumon sont nodulaires, disséminées par leur forme et leur évolution; les lésions tuberculeuses secon-

daires du poumon sont au contraire d'apparence pneumonique. C'est ce type pneumonique secondaire que l'auteur met en relief et auquel il assigne une pathogénie spéciale.

La pneumonie tuberculeuse nécrosante paraît être une lésion de fatigue, de surmenage, car on peut dire en thèse presque absolue que le tuberculeux soumis à la cure hygiénique bien ordonnée n'en n'est jamais atteint.

Aussi, après une étude des pneumonies nécrosantes en général, basée sur des séries d'observations, l'auteur arrive-t-il à cette conclusion capitale que la forme pneumonique de la phtisie ne se montrerait que dans des cas tout exceptionnels, si la tuberculose du poumon était toujours soignée à temps et de façon rationnelle.

Dans un autre chapitre sont décrites en particulier les pneumonies nécrosantes de la région scissurale qui tiennent une si grande place dans l'histoire de la phtisie.

Pratique de la chirurgie courante

Par le Dr **M. CORNET**

Préface de M. le Professeur OLLIER.

1 fort vol. in-16, avec 101 figures, cartonné à l'anglaise............ 4 fr.

Depuis vingt ans, la pratique chirurgicale a été renouvelée par l'introduction de l'antisepsie, qui a changé complètement les résultats de certaines opérations et étendu le champ de l'intervention du praticien; tout a été transformé dans la technique usuelle ; la forme et la matière des objets de pansement, la manière de les préparer et de s'en servir.

Ce sont les nouvelles méthodes qu'il importe aujourd'hui de répandre et de vulgariser en indiquant les différents moyens par lesquels on peut arriver au but, sans se perdre dans la description des nouvelles substances antiseptiques que l'on propose de toutes parts. et dans la discussion des nouveaux procédés que chaque jour voit éclore. L'idée de l'asepsie, qui n'est autre que la propreté absolue, vient simplifier la question et dispenser de l'emploi des antiseptiques dans les plaies simples qui ne demandent qu'à se réunir. M. Cornet expose, dans un chapitre spécial, les moyens par lesquels on peut se passer des pansements coûteux, des appareils compliqués et embarrassants.

Manuel théorique et pratique d'Accouchements

Par le Dr **A. POZZI**

Professeur à l'École de médecine de Reims, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1 vol. in-16, 4e édit., avec 138 gravures, cartonné à l'anglaise....... 4 fr.

Ce livre s'adresse aux praticiens, aux étudiants en médecine et aux sages-femmes. Ses principales divisions comprennent : *la symptomatologie et la physiologie générale de l'accouchement*, *l'étude clinique et pratique de*

la grossesse et de l'accouchement, une étude clinique des différentes présentations, en particulier la pathologie de la grossesse, la dystocie, les complications de l'accouchement et de la délivrance, la grossesse extra-utérine, les interventions obstétricales, la pathologie des suites de couches, les soins à donner à l'enfant, la pathologie du nouveau-né.

Il répond, en outre, aux programmes des examens des sages-femmes et, avec *l'anatomie et la physiologie génitales et obstétricales*, du même auteur, correspond à l'enseignement complet des Maternités.

L'Intubation du larynx
dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte

Par le Dr **A. BONAIN**
Chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Brest,
Chargé du service des maladies du nez, des oreilles et du larynx.

1 vol. in-16, avec 46 figures, cartonné à l'anglaise. . . . . 4 fr.

L'auteur ne s'est pas borné étudier la question au point de vue du croup chez l'enfant; il s'occupe de toutes les sténoses où l'intubation peut être appliquée aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Il étudie en particulier la physiologie du larynx dans ses rapports avec l'intubation. Il est impossible de bien comprendre et d'appliquer, en effet, avec fruit, la méthode de d'O'Dwyer, si l'on n'a pu se rendre un compte exact de la conformation du larynx présentant chez l'enfant des particularités dignes d'attention, des rapports de cet organe avec la forme du tube, enfin des perturbations physiologiques que celui-ci engendre dans son fonctionnement· C'est ainsi que la théorie de la fixation du tube dans le larynx a des conséquences pratiques de la plus haute importance.

Une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage est certes celle qui a trait à la pratique de l'intubation dans la clientèle.

Les Maladies de l'urèthre et de la vessie chez la Femme

Par le Dr **KOLISCHER**

Traduit de l'allemand
Par le Dr BEUTTNER, privat-docent à l'Université de Genève.

1 vol. in-16, avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise...... 4 fr.

Ce petit volume est la mise en lumière des théories de Schauta, qui voua dans sa clinique de Vienne une attention particulière aux maladies des organes urinaires de la femme. L'auteur débute par les règles générales de l'examen de l'urèthre et de la vessie, puis il étudie les diverses maladies de ces régions. Incontinence, énurésis, uréthrite, rétrécissement, calculs uréthraux, — catarrhe, œdème, inflammation, cystites gonorrhéique

et tuberculeuse, calculs vésicaux, hémorroïdes, hernies, pneumaturies, ruptures, sont successivement examinés par le docteur Kolischer, qui expose des procédés de traitement encore peu connus.

Cours de Médecine opératoire

de la Faculté de Médecine de Paris

Par M. le professeur **Félix TERRIER**
Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales

En collaboration avec M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1 vol. in-12, avec gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise....... 3 fr.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : I. Méthode antiseptique telle que l'a formulée Lister, et modifications apportées à cette méthode. — II. Asepsie. — III. Méthode mixte. — IV. Application des principes antiseptiques et aseptiques à chaque région en particulier.

Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale

Par *les mêmes*.

1 vol. in-12, avec 37 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise.. 3 fr.

L'Opération du Trépan

Par *les mêmes*.

1 vol. in-12, avec 222 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise.. 4 fr.

Table des matières : I. Histoire de la trépanation depuis les temps préhistoriques. — II. Description des circonvolutions et des localisations cérébrales et étude de la topographie cranio-cérébrale. — III. Manuel opératoire et description des instruments actuellement employés; opérations nouvelles destinées à remplacer, jusqu'à un certain point, l'opération du trépan, ou à la compléter. — IV. Indications et contre-indications de l'opération du trépan.

Chirurgie de la Face

En collaboration avec MM. **GUILLEMAIN**, chirurgien des hôpitaux, et **MALHERBE**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1 vol. in-12, avec 214 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise... **4 fr.**

Les différents chapitres traitent successivement de la chirurgie des maxillaires, des lèvres, des joues, de la bouche et du pharynx, du nez, des fosses nasales et de leurs annexes les sinus de la face.

Chirurgie du Cou

Par *les mêmes.*

1 vol. in-12, avec 101 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise... **4 fr.**

Table des matières : I. *Chirurgie des voies aériennes* : laryngoscopie, cathétérisme et dilatation des voies aériennes, traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, laryngotomies, laryngectomies, trachéotomie. — II. *Chirurgie du corps thyroïde* : thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goitre. — III. *Chirurgie de l'œsophage.* — IV. *Chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques, des muscles et nerfs du cou :* ligature des artères, anévrismes, torticolis, etc.

Chirurgie de la Plèvre et du Poumon

En collaboration avec **M. E. REYMOND**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1 vol. in-12, avec 67 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise... **4 fr.**

Les auteurs ont reproduit les leçons professées par M. Terrier à la Faculté de médecine de Paris. Ces leçons intéressent à la fois les médecins et les chirurgiens, certaines opérations sur la plèvre étant restées dans le domaine de la médecine.

Les différents chapitres sont consacrés à *la thoracocentèse*, à *la pleurésie purulente* et à *la pleurotomie*, à *la thoracoplastie*, à *la chirurgie de la plèvre pulmonaire*, aux *interventions pour les plaies du poumon*, à *la pneumotomie*, à *la pneumectomie*.

Chirurgie du Cœur et du Péricarde

Par *les mêmes.*

1 vol. in-12, avec 79 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise... **3 fr.**

Les auteurs débutent par les généralités relatives à la *chirurgie du péricarde*; puis ils donnent le manuel opératoire de la chirurgie du péricarde, les indications et les complications de la thoracocentèse; ils traitent ensuite de la péricardotomie avec ou sans résection des cartilages costaux, du manuel opératoire, des soins consécutifs et des indications.

Pour la *chirurgie du cœur*, ils étudient successivement le traitement des plaies, les plaies abandonnées à elles-mêmes, leur traitement sans opérations, les sutures du cœur, les interventions sur le cœur en dehors des plaies, etc.

65-07. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. —P3-07.



